

基于政策工具的南京市医养结合政策文本分析

张孟^{1*} 林振平^{1,2} 詹祥^{1,2} 周业勤³ 钱东福^{1,2}

1. 南京医科大学医政学院 江苏南京 211166

2. 健康江苏研究院 江苏南京 211166

3. 南京医科大学马克思主义学院 江苏南京 211166

【摘要】目的:分析医养结合政策文本内容的特征及不足,并在此基础上提出优化完善医养结合的政策建议。方法:本文以政策工具为视角,结合医养结合发展阶段、医养结合部门协同构建三维分析框架,对样本城市的 37 篇政策文本进行内容分析和定量分析。结果:研究发现,医养结合政策力度还存在相对不足。从政策工具维度看,政策工具使用失衡;部门协同维度发现部门之间缺乏明确的协同机制。结论:从完善配套政策、健全医养结合协同治理机制、均衡政策工具使用力度等角度提出政策建议。

【关键词】医养结合;政策文本;政策工具;部门协同;三维分析框架

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.06.004

Analysison the policy text of combination of medical and nursing care in Nanjing: Based on policy tools

ZHANG Meng¹, LIN Zhen-ping^{1,2}, ZHAN Xiang^{1,2}, ZHOU Ye-qin³, QIAN Dong-fu^{1,2}

1. School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing Jiangsu 211166, China

2. Institute of Healthy Jiangsu Development, Nanjing Jiangsu 211166, China

3. School of Marxism, Nanjing Medical University, Nanjing Jiangsu 211166, China

【Abstract】 Objective: To analyze the characteristics and shortcomings of the policy text, and on this basis, to put forward some policy suggestions of optimizing and perfecting the combination of elderly care and medical service. Methods: From the perspective of policy tools, this research constructed a three-dimensional analysis framework based on the development process and department collaboration of the combination of medical and nursing care. The content analysis and quantitative analysis were used to explore the characteristics and shortcomings of the 37 policies that were used as samples from sample cities. Results: The research found that the policies are still relatively insufficient, and there is an imbalance in the use of policy tools. In terms of the department coordination, it was noticed that the coordination mechanism was unclear. Conclusions: Policy suggestions are put forward from the perspectives of improving the supporting policies, improving the coordinated governance mechanism of combining medical and nursing care, and balancing the use of policy tools.

【Key words】 Combination of medical and nursing care; Policy texts; Policy tools; Department collaboration; Three-dimensional analytical framework

自 2011 年起,我国 60 岁及以上老年人口比重平均每年递增 0.54 个百分点,预计到 2050 年将有 4 亿多老龄人口,约占总人口的 1/3,老龄化问题日益突出。^[1]伴随家庭结构小型化趋势加剧以及家庭养老

形式的逐渐瓦解,老年人群对生活照料和医护康复需求交叉的趋势愈来愈明显。^[2]一种涉及“医疗”和“养老”两个体系的新型护理模式——“医养结合”旋即被提出。^[3]医养结合管理主体间高效协同,提高服

* 基金项目:江苏高校哲学社会科学研究基金项目(2018SJA0278);国家社会科学基金项目(15BSH121);江苏高校哲学社会科学优秀创新团队“公共健康政策与管理创新研究团队”资助

作者简介:张孟(1997 年—),女,硕士研究生,主要研究方向为医养结合、卫生政策。E-mail:2732433597@qq.com

通讯作者:林振平。E-mail:LZP@njmu.edu.cn

务质量,离不开政策的引导和支持。近年来我国从中央到地方,都陆续推出医养结合相关政策。那么,这些政策是否起到促进医养结合的作用?这种新型养老模式所涉及的政府部门间协同程度又如何?对上述问题的解答,有利于分析当前医养结合政策中存在的协同困境及政策不足,对新时代促进医养结合发展有重要意义。

目前,既有研究大多关注国家层面政策,针对地方政策的研究很少。各地区的发展水平参差不齐,研究地方政策更有助于提炼地方经验,同时还能观察到中央政策在地方扩散的特征。本研究选取南京市作为样本城市,第七次人口普查结果显示,南京市65岁及以上老人占比达13.7%,基本是深度老龄化。另一方面,南京市作为江苏省会,同时也是华东区域中心城市,2016年被确定为国家医养结合试点城市。可以说,南京市对医养结合政策的制定与落实,对周边城市具有辐射带动作用,也能够为其他省市政策提供方向性参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究以2020年末为时间节点,从南京市政府、卫健委、人社局、民政局等相关网站以“医养结合”、“养老”、“护理院”等关键词进行政策文件检索,收集相关政策文件纳入政策文本资料池(包括转发国家层面的文件)。其中纳入标准为:(1)政策内容必须明确提到将医疗与养老资源相结合,直接规定或体现了医养结合发展等相关内容;(2)政策类型主要选取法律法规、规划、意见、通知、办法等体现政府政策的文件;(3)包括其他领域涉及医养结合的政策支持内容,如互联网领域对医养结合的政策支持措施。排除标准为:(1)相关政策新闻报道、会议讲话、工作报告、解读政策的文件;(2)只出现医养结合等关键词,却无实质性相关内容;(3)与已纳入政策文本资料池重复的文件。通过梳理,最终纳入37篇政策文本(表1)。

表1 促进“医养结合”发展政策汇总

序号	文件名	政策层级	发文/被转发机构	年份	主要内容
1	转发中国老龄事业发展“十二五”规划的通知	国家	国务院	2011	拓展居家养老、社区养老向医疗健康延伸;鼓励开办养护型养老机构
2	转发国民经济和社会发展的第十二个五年规划纲要	国家	国务院	2012	拓展养老服务领域从老年服务照料向医疗健康延伸
3	转发国务院关于加快促进健康服务业发展的若干意见	国家	国务院	2013	在养老服务中充分融入健康理念,加强医疗卫生服务支撑;鼓励医、养机构开展合作
4	转发国务院关于加快养老服务业的若干意见	国家	国务院	2013	首次提出“推动医养融合发展”,提出促进养老、医疗服务相结合的措施
5	转发关于开展养老服务业综合改革试点工作的通知	国家	民政部、发改委	2013	开展试点工作,探索长期护理保障制度
6	转发关于加快发展养老服务业完善养老服务体系的意见	省级	省政府	2014	提出“全面推进医疗卫生与养老服务融合发展”,并提出多种结合模式的措施
7	关于全面推进医养融合发展的意见	省级	卫计委、财政厅、人社厅等	2014	首篇关于医养结合的独立政策,提出医养结合发展的目标、任务及措施等
8	关于加快健康服务业发展的实施意见	省级	省政府	2014	统筹医疗与养老服务资源,构建健康养老服务网络
9	关于加快发展养老服务业的实施意见	市级	市政府	2014	提出支持养老机构内设医疗机构或与医疗机构签署合作协议等措施,并明确负责部门
10	关于加快推进健康与养老服务工程建设的通知	国家	发改委、民政部、卫计委等	2014	推进健康与养老服务工程建设的实施安排及配套政策措施
11	关于推动养老服务产业发展的指导意见	国家	商务部	2014	创新医养结合的服务模式,如发展网络服务、医务人员进社区等
12	关于印发南京市公共设施配套规划标准的通知	市级	市政府	2015	设置医养结合机构用地规模及设施内容
13	关于鼓励民间资本参与养老服务业发展的实施意见	国家	民政部、发改委、财政部等	2015	鼓励民间资本参与举办医养结合机构并完善融资政策、税收优惠等

(续)

序号	文件名	政策层级	发文/被转发 机构	年份	主要内容
14	关于进一步做好养老服务业发展有关工作的通知	国家	发改委、民政部、老龄办	2015	推进医养结合重大工程建设,并推进创新智能发展
15	中医药健康服务发展规划(2015—2020年)	国家	国务院	2015	促进中医药与养老服务结合试点
16	关于积极推进“互联网+”行动的指导意见	国家	国务院	2015	鼓励互联网技术在养老与医疗服务结合中积极发挥作用
17	关于加快推进健康服务业发展的实施方案	市级	市政府	2015	提出多种医疗机构与养老机构间协作方式,并明确负责部门
18	关于加强对外合作交流鼓励外资参与养老服务业发展的意见	省级	民政部、发改委、计生委等	2015	鼓励外资参与医养结合服务和产品的投入,并提出相应的配套支持政策
19	关于申报2015年外国政府贷款备选项目的通知	国家	发改委、财政部	2015	医养结合被列为外国政府贷款首项备款项目
20	关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见的通知	国家	卫计委、民政部、发改委等	2015	促进医养结合发展的独立政策,进一步明确医养结合发展的目标、任务和保障措施
21	关于深入推进“健康江苏”建设不断提高人民群众健康水平的意见	省级	省政府	2015	提升医养结合服务能力,优化医养结合服务质量,推进医养结合发展进程
22	关于做好医养结合服务机构许可工作的通知	国家	民政部、卫计委	2016	明确建成医养结合机构的许可流程
23	关于印发全国护理事业发展规划(2016—2020年)的通知	国家	卫计委	2016	加强老年护理服务、医养结合及安宁疗护机构能力建设,加强老年护理从业人员的培养
24	关于全面放开养老服务市场提升养老服务质量的若干意见	国家	国务院	2016	建立医疗卫生机构设置审批绿色通道,鼓励执业医师到养老机构多点执业
25	关于印发江苏省“十三五”养老服务业发展规划的通知	省级	省政府	2016	“医养资源深度融合”,提出将医疗资源向社区、家庭流动延伸等措施
26	医疗机构设置规划指导原则(2016—2020年)	国家	卫计委	2016	将医疗卫生与养老服务相结合规划到医疗机构设置的要求中
27	关于支持整合改造闲置社会资源发展养老服务的通知	省级	民政部、发改委、财政厅等	2017	整合改造闲置社会资源发展养老服务,如设置医疗机构,需向卫计委申请设置许可
28	关于深入推进医疗卫生与养老服务相结合实施意见的通知	省级	卫计委、民政部、发改委等	2017	医养结合的独立政策,医疗与养老服务深入结合的目标、任务及保障措施等
29	关于进一步扩大旅游文化体育健康养老教育培训等领域消费的实施意见	省级	省政府	2017	推进医养结合试点工作、开放养老服务市场和探索长期照护保险制度
30	关于全面放开养老服务市场提升养老服务质量的实施意见	省级	省政府	2017	开放养老服务市场,优化供给结构
31	关于推进医养融合发展的意见	市级	市政府	2017	市级出台的关于医养结合的独立政策,明确各重点任务及负责部门
32	关于制定和实施老年人照顾服务项目的实施意见	省级	省政府	2018	加大医疗与养老服务的结合力度
33	关于全面放开养老服务市场提升养老服务质量的实施意见	市级	市政府	2018	落省级开放养老服务市场的政策要求,并明确各措施的负责单位
34	关于支持社会力量提供多层次多样化医疗服务的实施意见	市级	市政府	2018	支持社会力量针对老年人健康需求,通过市场化运作方式开办医养结合机构
35	关于印发完善促进消费体制机制激发居民消费潜力的实施意见的通知	市级	市政府	2019	激发医养结合领域的消费需求,拉动发展
36	关于印发南京市改革完善医疗卫生行业综合监管制度实施方案的通知	市级	市政府	2020	加强医养结合监管,建立有效监管机制
37	关于印发南京市打造新医药与生命健康产业地标行动计划的通知	市级	市政府	2020	开发医养结合服务新产品,支持探索新型保险制度

1.2 研究设计

政策本质上是对价值和资源的权威分配,即在特定的社会环境下,运用多元的政策工具将有限资源价值分配给各利益相关方(政策主体)。^[4-6]因此,考察政策特征有必要分析时间维度上的政策演进阶段、空间维度上的政策主体和内容维度上的政策工具。^[7]本文通过构建三维度分析框架(图1),深入探讨时间维度、空间维度和内容维度的匹配程度,并分析政策的特征与不足。

1.2.1 X 维度:医养结合发展阶段维度

理论上,不同发展阶段中的政策特征和功能有所不同。在时间维度上进行政策文本量化分析,反映政府对医养结合的关注度和参与度,也体现出政策演进经历不同阶段的变迁规律。在梳理分析元政策和制度环境的基础上^[8],本文采纳张涛等人对医养结合发展历程的研究成果^[9],将医养结合发展阶段分为雏形探索、实质发展和深入发展三个阶段。(1)雏形探索阶段(2011—2013年)。我国很早开始重视老年群体对医疗卫生服务的需求,但之前更多的是践行“在养老领域中提供所需的医疗服务”。直到2013年,医养结合作为主要任务首次出现于政策文本中,标志“医养结合”的诞生。(2)实质发展阶段(2014—2015年)。该阶段出台了独立性和专业性的医养结合专项政策,明确了“医养结合机构”的定义,标志着医养结合进入实质性发展阶段。(3)深入发展阶段(2016 现今)。该阶段国家规划了一批医养结合试点城市,明确医养结合的工作任务,政策制定的视角相应地从宏观拉到微观,政策内容从概括性方向指导变为可参照的具体操作。

1.2.2 Y 维度:医养结合政策工具维度

本文借鉴 Rothwell 和 Zegveld 的研究成果,将研究工具分为供给型、环境型和需求型三类。^[10]这种分类方法对维度内政策工具的划分更为具体,操作方法更为明确,在政策文本研究中得到广泛应用。^[11]另一方面,该种分类方法淡化了政府工具的强制性特征,强调政府在项目推进过程中承担环境营造者角色,凸显了供给和需求在促进政策项目发展中的重要作用。^[12]与国家卫生计生委(现国家卫生健康委)等部门发布的《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见医养结合》中提出实行“政府引导、市场驱动”的基本原则相吻合。

(1)环境型政策工具表现为政策的影响力,多指外部影响,即为医养结合发展提供有利发展环境的

手段,政府会通过目标规划、策略性措施、金融支持、医保支持、长期照护险、税收优惠、标准规范、监管管制、社会宣传等方式提供有利的外部政治环境。(2)供给型政策工具是政策的推动力,主要通过直接提供资源来推动发展,具体包括资金投入、人才支持、用地保障、信息支持、机构构建、设施建设等供给。(3)需求型医养结合政策工具主要指政府通过创造领域内的需求来拉动发展,主要包括价格补贴、政府采购、试点、服务外包、合作模式等措施,其目的在于降低市场的不确定性,减少外在环境干扰对医养结合发展的影响,释放老年群体对医养结合服务的需求。^[12]

1.2.3 Z 维度:医养结合部门协同维度

检索现有文献发现,医养结合部门协同的研究通常以联合发文的数量为视角,虽然能够直观地了解部门间的合作关系,却无法窥视微观的协作网络关系。本文基于政策文本的内容分析,将部门协同分成三个子维度进行赋值判断(图1),分别是协同主体、协同任务、协同机制。^[13]协同主体维度是指在政策文本中,明确任务的具体负责部门,此处特指负责部门数量不低于两个。本研究着眼于部门之间的协同程度,若仅提及单个部门不予纳入。如针对“推广医养融合服务”这项任务,判断是否明确了多个负责部门,明确协同主体赋值为1,否则赋值为0。协同任务是指明确每一个负责部门的任务职责。“推广医养融合服务”这项任务,负责部门包括民政、卫生、人社、财政、物价等部门,对每个部门的职责进行逐一判断,若提供了各部门具体职责赋值为1,否则赋值为0。协同机制则是指明确负责部门间的分工且分

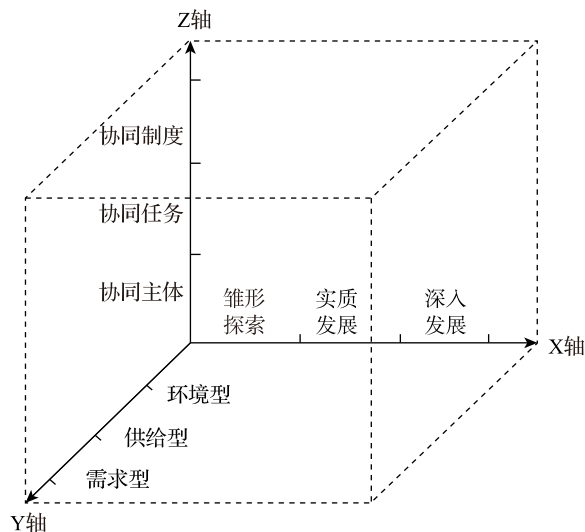


图1 医养结合政策三维分析框架图

工服务定量可考核。服务定量可考核有利于引导和规范服务提供者的行为,确保服务提供的量和质。“推广医养融合服务”这项任务中,若民政、卫生、人社等部门提供的功能服务定量可考核则赋值为 1,否则赋值为 0。

1.3 研究方法

本文以政策文本为研究对象,政策文本中各个条目作为分析单元,具体分为环境型、供给型和需求型等三类政策工具分析类目。采用人工编码的方式对政策文本中的分析按照“政策文本编号—章节(可为多层次)—具体条款”进行编码,并按照类目分类,如“1—3—4—3”表示第一份政策文本《关于印发中国老龄事业发展“十二五”规划的通知》中第三部分“主要任务”的第四块“老龄服务”的第三条中提出的“推进医护型养老机构建设”的策略性措施。编码结束后形成医养结合政策文本内容分析编码表,将编码表的结果归类和频数统计,然后运用 Excel2013 完成统计分析。

在部门协同维度的研究上,对每篇政策文本中的医养结合政策任务按照“政策文本编号—章节(可

为多层次)—具体条款”进行人工编码,并依据医养结合政策三维分析框架中的协同主体、协同任务、协同制度三个子维度的赋值标准进行赋值,然后运用 Excel2013 进行赋值结果统计。

2 研究结果

2.1 医养结合政策工具统计结果

对经过编码的政策文本按照政策工具及政策发展阶段进行统计,形成政策工具编码及频数分布统计表(表 2)。结果发现,环境型政策工具使用最多,占比为 52.4%,其次是供给型政策工具,占比为 28.3%;需求型政策工具使用最少,占比 19.3%。结合时间维度,政策工具的使用呈稳定增长趋势。尤其是第二阶段,使用政策工具明显增多,种类明显增加。环境型政策工具中,使用最多的是策略性措施,占比 13.3%,社会宣传的使用仅占 0.6%。供给型政策中关于机构构建的政策条目较多,第二、第三阶段占比分别达 11.4% 和 7.5%,但资金投入却很少,第二、第三阶段占比均仅为 2.5%。

表 2 政策工具编码及频数分布统计表

分类	第一阶段			第二阶段			第三阶段			合计	
	条目	数量	构成比(%)	条目	数量	构成比(%)	条目	数量	构成比(%)	数量	构成比(%)
环境型											
目标规划	/	0	0	6-2-7,7-2...	7	8.9	23-3,28-3...	7	8.8	14	8.4
策略性措施	1-3-4-3...	4	57.1	6-2-7,7-3...	10	12.7	23-4-4-1...	8	10.0	22	13.3
金融支持	/	0	0	10-4-3,19-2-1...	3	3.8	28-4-1...	6	7.5	9	5.4
医保支持	1-3-1-2...	2	28.6	6-2-7,7-3-8...	7	8.9	24-4-10,25-4-2...	6	7.5	15	9.0
长期照护险	/	0	0	7-3-9,20-4-10	2	2.5	24-4-10,25-4-2...	10	12.5	12	7.2
税收优惠	/	0	0	10-4-4	1	1.3	/	0	0	1	0.6
标准规范	/	0	0	17-4-3...	4	5.1	22-2,27-4-4...	4	5.0	8	4.8
监管管制	/	0	0	7-4-5,18-3-13...	3	3.8	28-5-3,36-3-7...	2	2.5	5	3.0
社会宣传	/	0	0	/	0	0	22-1	1	1.3	1	0.6
合计		6	85.7		37	46.8		44	55.0	87	52.4
供给型											
资金投入	/	0	0	9-2-6,13-14	2	2.5	25-4-2,28-3-6	2	2.5	4	2.4
人才支持	/	0	0	7-4-3,9-3-14...	5	6.3	23-4-4-1...	3	3.8	8	4.8
用地保障	/	0	0	9-3-9,10-4-3...	4	5.1	28-4-2,31-3-1...	2	2.5	6	3.6
信息支持	/	0	0	9-3-15,14-6...	5	6.3	24-4-9,28-3-5...	4	5.0	9	5.4
机构构建	/	0	0	6-2-7,7-3-2...	9	11.4	22-4,25-4-2...	6	7.5	15	9.0
设施建设	/	0	0	12-4-3-3,14-5	2	2.5	25-4-2,28-3-5...	3	3.8	5	3.0
合计		0	0		27	34.2		20	25.0	47	28.3
需求型											
价格补贴	/	0	0	9-3-10-2,18-2-3	2	2.5	22-3	1	1.3	3	1.8
政府采购	/	0	0	10-4-4,14-7...	3	3.8	28-4-2	1	1.3	4	2.4
试点	5-2-5	1	14.3	15-2-4,17-3-4...	3	3.8	25-5-10,28-5-2...	3	3.8	7	4.2
服务外包	/	0	0	10-4-1,17-4-1...	4	5.1	28-3-6,31-2-5...	5	6.3	9	5.4
合作模式	/	0	0	14-7,18-2-4...	3	3.8	29-1-5-1...	6	7.5	9	5.4
合计		1	14.3		15	19.0		16	20.0	32	19.3

注:因篇幅所限,具体条目编码读者可根据需要向作者索取。

2.2 医养结合部门协同量化结果

通过对医养结合政策中部门协同的政策条目进行量化统计,形成医养结合部门协同维度编码表(表3),并绘制相应的雷达图(图2)。结果显示,有42条政策条目明确了政策任务的责任部门;16条政策条目明确各部门的职责分工;仅有4条明确了部门间的协同机制。结合时间维度发现,协同主体、协同任务、协同机制的政策条目数量都呈增长趋势。协同主体、协同任务维度的条目数量由第一阶段的2条、0条增长到第二阶段的15条、6条,第三阶段的25条、10条。协同机制由第一阶段的0条增长到第二、三阶段的2条。

表3 医养结合部门协同维度编码表

序号	政策条目	协同主体	协同任务	协同机制
第一阶段				
1	1-3-2	0	0	0
2	2-36-4	0	0	0
...
5	5-2-5	1	0	0
合计		2	0	0
第二阶段				
6	6-2-7	1	1	0
7	7-3-1	0	0	0
8	7-3-2	1	1	1
...
35	21-2-6	0	0	0
合计		15	6	2
第三阶段				
36	23-1	1	1	0
...
65	37-2-5	1	0	0
合计		25	10	2
总计		42	16	4

注:因篇幅所限,具体条目编码读者可根据需要向作者索取。

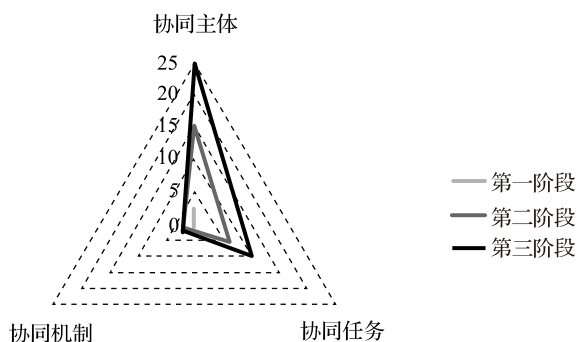


图2 医养结合部门协同三阶段分布图

3 讨论

3.1 医养结合政策总体状况

通过梳理发现,虽然医养结合是健康老龄化的应有之义,但是政策力度还存在不足,一是在发文数量上,年度发布数量呈先升后降的趋势,在2015年达到高峰后逐年下降;此外,配套政策明显欠缺,从国家层面到地方层面,仅有5篇。二是从发文机构上看,发文数量最多的是各级人民政府,体现政府对老龄化的高度重视。但是各级人民政府发布的政策往往宏观指导性更强,其落地存在难度,需要具体负责的相关部门进一步提供配套政策。

3.2 医养结合政策工具

环境型政策工具应用偏多,尤其是策略性措施工具,使用最频繁。医养结合作为新型护理模式,需要通过制定策略措施来进行引导,一方面反映出政府对医养结合的支持与鼓励,另一方面也折射出由于标准规范和监管管制工具不足,导致政策落实力度不够,需要不断有新的策略性措施出台。另外,社会宣传工具存在明显不足,实际工作中宣传工作有助于强化社会力量投入和增强居民意识。

供给型维度内关于机构建设的政策条目很多,主要原因是医养结合机构起步时,需要政府对机构的准入和建设进行引导和鼓励。资金投入是医养结合服务发展的必备要素之一,但南京市涉及资金投入的条款较少,反映出资金供给力度不足。从实践的效果看,南京市人才支持政策工具的使用力度尚难以达到激励人才进入医养结合养老服务业的效果。

需求型政策工具通过激发有效需求从而拉动发展,作用更明显。^[14]但需求型政策工具应用最少,存在一定的不足和缺失。这反映出政策制定者对医养结合养老服务的供需平衡意识有所欠缺或者目前还缺乏使用需求性政策工具的条件。当然,这样的政策空白也为后续的政策提供了改善方向,通过发展政府、市场和社会三方共同发挥作用的方式,来调动老人对医养结合服务的需求,从而拉动医养结合服务发展是日后政府制定相关政策的方向和要点。

3.3 医养结合部门协同

通过对医养结合政策中部门协同的政策条目进

行量化分析发现,随着时间推移,部门间协同程度逐渐加深,表现在:医养结合的主体部门基本明确,但协同分工有待强化,政策中涉及到部门协同常用到“共同负责”等字眼,涉及到的民政、卫健委、财政等职能部门是相互独立的平级单位,任何一个部门都没有调动其他部门资源或指挥其他部门工作的权力,国家层面也未设置专司医养结合服务的职能部门^[15],导致各个部门在处理与同级部门之间协同的问题上,没有所谓的“上级”机构发布指示,各单位部门很难突破自身职权的限制,主动打破协同障碍。相较于协同主体、协同分工,协同机制存在明显欠缺。实际工作中,由于各部门间自身业务主管的方向不一致,对医养结合的立场和态度存在差异。^[16]民政部门作为养老事业的主管部门,在 2018 年卫健委新设老龄司后,仍保有养老服务司,对老龄事业参与度较高。而对于卫生健康部门而言,其本身就是一个“身负全民健康重任”的部门,对老年人直接提供服务;对于人社部门而言,主要工作是完成养老服务的医疗报销工作,在医养结合服务中不担任服务直接提供者的角色。在工作机制不明确的环境下,极有可能造成医疗资源、医保基金的浪费和流失。因此,就医养结合问题很难打破利益藩篱,甚至会出现利益冲突和矛盾。

4 政策建议

4.1 完善配套政策,加强政策的可操作性

政策制定者需要从标准化和可操作性强两个方面考虑政策制定,在加强宏观指导性政策力度的基础上,鼓励其他部门加强跟进制定配套执行措施,如服务定价、长期照护险报销细则以及对社会资本和民营机构的支持优惠政策等。标准化是医养结合工作落实的基础,各地方应该进一步深入医养服务标准的规范性设置,建立医养结合服务质量标准和评价体系,促进服务能力和服务质量提升。

4.2 健全医养结合协同治理机制

在政府机构内部,若无得到明确的、专门的制度授权,仅靠政策鼓励则任一部门都无足够的力量去协同其他行政部门。建议在条件允许情况下成立专门机构,赋予其调动各部门资源的权限,组织协同多方力量进行政策试验,在推动医养结合有关政策落实的同时,根据实践中反映出的问题不断修改和完善相关政策,逐步明晰各部门在医养结合过程中的

“责权利”,不断完善协同工作机制。

4.3 均衡政策工具的使用力度

医养结合政策工具的优化要实现结构性平衡和功能性匹配。第一,要加强环境型政策工具的落实力度。根据地方实际情况落实长期护理保险制度,适当结合其他政策工具的配套作用,鼓励个人、家庭、社会、政府增加医养结合养老服务的供给侧投入,以满足长护险对医养结合的保险制度支撑。加强医养结合的宣传力度。第二,优化供给型政策工具。针对当前医养结合人才学历层次低等问题,鼓励高等院校增设医养护理相关专业,联合医养结合机构创新人才培养模式;第三,增加需求型政策工具使用比例。建议政府放宽政策,营造良好的竞争发展环境,鼓励更多的社会资本参与到医养结合中去,充分发挥市场机制在医养服务价格中的稳定作用,不断强化竞争以实现医养服务品质提升。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 潘屹. 社区综合养老服务体系建设的挑战、问题与对策[J]. 探索, 2015(4): 70-80.
- [2] 詹祥, 周绿林, 石塚哲朗, 等. 日本老龄介护保险的创新改革及挑战[J]. 中国卫生事业管理, 2017, 34(2): 83-86.
- [3] 谢红. 医养结合相关概念及政策分析[J]. 中国护理管理, 2018, 18(5): 577-581.
- [4] 陈玲, 赵静, 薛澜. 择优还是折衷?: 转型期中国政策过程的一个解释框架和共识决策模型[J]. 管理世界, 2010(8): 59-72, 187.
- [5] 黄剑锋. 中国长三角区域智慧养老政策比较研究: 基于主体—目标—工具的政策计量分析[J]. 信息资源管理学报, 2020, 10(6): 122-134.
- [6] 杜宝贵. 公共政策资源的配置与整合论纲[J]. 广东行政学院学报, 2012, 24(5): 18-22.
- [7] 魏萍, 张紫馨, 李青樵. 地方政府融入“一带一路”建设的政策创新扩散研究: 基于湖北 294 份政策文本的量化分析[J]. 情报杂志, 2020, 39(4): 82-89, 116.
- [8] 中国医养结合政策发展历程[J]. 社会福利, 2016(1): 23-24.
- [9] 张涛, 张华玲, 褚湜婧, 等. 我国医养结合政策发展历程分析[J]. 中国医院, 2018, 22(6): 35-38.
- [10] Rothwell R, Zegveld W. Reindustrialization and Technology [M]. Logman Group Limited, 1985.

- [11] 罗鲜, 然娜·阿哈提, 李瑞锋. 基于政策工具视角的北京市健康服务业政策量化分析[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(7): 66-71.
- [12] 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.
- [13] 邱洪全. 多元协同视角下应急科研协同创新机制与动态评价:以重大疫情为例[J]. 科技管理研究, 2021, 41(2): 38-44.
- [14] 张招椿, 胡海源, 陈川, 等. 政策工具视角下我国家庭医生政策量化分析[J]. 中国全科医学, 2019, 22(10): 1139-1146.
- [15] 王浦劬, 雷雨若, 吕普生. 超越多重博弈的医养结合机制建构论析:我国医养结合型养老模式的困境与出路[J]. 国家行政学院学报, 2018(2): 40-51, 135.
- [16] 栾文敬, 郭少云, 王恩见, 等. 府际合作治理视域下医养结合部门协同研究[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版), 2018, 48(3): 64-73.
- [收稿日期:2021-04-12 修回日期:2021-06-07]
(编辑 刘博)

欢迎订阅 2021 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生健康委员会主管,中国医学科学院主办,医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R,本刊为中文核心期刊、中国科学引文数据库(CSCD)来源期刊、中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)、RCCSE 中国核心学术期刊(A)、《中国人文社会科学期刊评价报告(AMI)》引文数据库期刊、人大复印报刊资料数据库重要转载来源期刊。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管

理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:专题研究、医改进展、卫生服务研究、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、全球卫生、卫生人力、卫生法制、理论探讨、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 20 元/册,全年 240 元(含邮资)。

全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

联系人:薛云

电话:010-52328696、52328697