

# 老龄化背景下北京市医疗保障与养老保障协同度分析

郑锦轩\* 曾雁冰

首都医科大学公共卫生学院 北京 100069

**【摘要】**目的:分析北京市医疗保障与养老保障协同关系,为老龄化背景下推进医疗与养老保障协同发展提供决策依据。方法:利用北京市医疗保障与养老保障相关指标数据构建复合协同度模型,测算北京市医疗保障与养老保障系统有序度与复合系统协同度。结果:2021年,北京市城镇职工医疗保障有序度为0.881,养老保障有序度为0.629,复合协同度为0.051;城乡居民医疗保障有序度为0.796,养老保障有序度为0.544,复合协同度为-0.056。结论:北京市医疗保障与养老保障发展速度与规模不同步,两系统互相影响且复合协同度有待提升,北京市城镇职工复合系统协同度明显高于城乡居民复合系统协同度。建议从保险覆盖、待遇支付、经费保障与改善基金收支状况以及服务资源利用等层面提升北京市医疗保障与养老保障复合协同度。

**【关键词】**医疗保障;养老保障;复合协同度模型

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.03.002

## Analysis of the synergy degree between medical security and pension security in Beijing under the background of aging

ZHENG Jin-xuan, ZENG Yan-bing

School of Public Health, Capital Medical University, Beijing 100069, China

**【Abstract】** Objective: To analyze the synergistic relationship between medical security and pension security in Beijing, and to provide a decision basis for promoting the coordinated development of medical security and pension security under the background of aging. Methods: The index data of Beijing medical security and pension security is used to calculate the degree of the order and the synergy of Beijing medical security and pension security system. Results: In 2021, the order degree of medical security for urban workers in Beijing was 0.881, the order degree of old-age security was 0.629, and synergy degree was 0.051; the order degree of medical security for urban and rural residents was 0.796, the order degree of old-age security was 0.544, and the synergy degree was -0.056. Conclusion: The development speed and scale of medical security and old-age security in Beijing are not synchronized, and the two systems influence each other and the synergy degree needs to be improved. The synergy degree of urban workers in Beijing is significantly higher than that of urban and rural residents. It is suggested to enhance the synergy degree of medical security and pension security in Beijing from the aspects of insurance coverage, treatment and payment, fund guarantee and improvement of fund income and expenditure, and the utilization of service resources.

**【Key words】** Medical security; Pension security; Composite system synergy model

当前,人口老龄化成为人类面临的共同课题,我国人口老龄化程度已经处于较高水平,预计到21世纪中叶,我国老年人口规模将达到顶峰。<sup>[1]</sup>北京市作为中国的首都,不仅社会经济发展在全国处于前列,人口转变阶段也早于全国平均状况。北京在1997年

65岁及以上老年人口比重就已经接近7%,率先进入了老龄化社会。《北京市“十四五”时期老龄事业发展规划》指出,预计到2035年,老年人口接近700万,人口老龄化水平将超过30%,进入重度老龄化。

医疗保障与养老保障作为社会保障体系中最基

\* 基金项目:北京市社会科学基金决策咨询重点项目(22JCB038)

作者简介:郑锦轩(2000年—),女,硕士研究生,主要研究方向为医疗保障研究。E-mail:ZJX202218@163.com

通讯作者:曾雁冰。E-mail:ybingzeng@163.com

本、最重要的内容,在降低医疗负担、增加医疗服务的公平性、可及性以及保障生活质量等方面具有重要作用。<sup>[2]</sup>在此形势下,北京市老年人医疗保障与养老保障问题逐渐突显。一方面,北京市老年人口比重渐趋增多,使得医疗服务需求增多,但当前北京市医疗保障水平却并不能满足老年人的健康需求。且在老龄化背景下,北京市城镇职工医疗保险未来运行仍存在较大的财务可持续性风险。<sup>[3]</sup>另一方面,北京市老年人养老保障需求压力直线攀升,对养老保障带来巨大挑战。随着家庭养老保障功能逐步弱化,社会抚养压力日渐沉重,社会养老保障制度将面临更为严峻的冲击。部分老年人养老保障待遇较低,靠养老金收入无力承担医疗费用中的个人自付部分,甚至因此放弃治疗。

为应对日益严峻的老龄化趋势,如何促进医疗保障与养老保障系统推进、协同发展,是迫切需要探索的重要课题。只有医疗保障与养老保障协同发展,才能切实保障全体公民老年期独立、体面、尊严生活的目标。2022 年习近平总书记发表了《促进我国社会保障事业高质量发展、可持续发展》一文,提出我国社会保障制度改革已进入系统集成、协同高效的阶段,要提高统筹谋划和协调推进能力,确保各项改革形成整体合力,强调要进一步织密社会保障安全网,促进我国社会保障事业高质量发展、可持续发展。<sup>[4]</sup>实现“老有所养、病有所医”是维护整个社会安定的基础,更是提升老年人生活质量、幸福感和心理满意度的有效路径。以往研究多关注医疗保障或是养老保障各自体系发展分析,多数研究剖析了老龄化背景下医疗保障面临的风险与挑战、医保收支平衡压力、老年人存在医疗保障不足、医疗负担过重状况以及对策探讨等<sup>[5-8]</sup>;多数研究分析了养老金支付危机、老年参保人员经济负担影响、养老保障不足、老年人面临的经济贫困风险及对策等<sup>[9-10]</sup>。但已有研究鲜有对医疗保障与养老保障之间的协同关系进行探究,忽视了医疗保障与养老保障在疾病风险抵御、医疗费用共担、生活保障中的协同作用,忽视了老龄化对医疗保障与养老保障基金收支压力与负担压力的共同冲击。

在实施积极应对人口老龄化国家战略背景下,系统推进医疗保障与养老保障协同发展面临迫切要求,有必要深入探索医疗保障与养老保障的协同机制,为健全保障适度、可持续发展的医疗保障与养老保障制度提供决策依据。因此,本文以北京市医疗保障与养老保障为切入点,运用协同理论构建医疗保障与养老保障复合协同度模型,探究医疗保障与

养老保障双方的协同关系,为进一步推进老龄化背景下二者协同发展提供参考。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

数据来源于 2011—2021 年《中国统计年鉴》《北京市统计年鉴》《北京市卫生健康事业发展统计公报》《北京市养老、失业和工伤保险事业发展情况报告》《北京市老龄事业发展报告》等统计资料。

### 1.2 复合协同度模型

#### 1.2.1 复合协同度模型构建

复合协同度模型是在协同理论指导下,用来测算系统间相互协同水平的模型。该模型依据协同理论中的伺服原理建立,能够较为科学的依据所构建的指标体系量化系统间的协同水平。<sup>[11-12]</sup> 本文选择 2011—2021 年的数据,通过复合系统协同度模型来测算北京市医疗保障与养老保障间的协同关系。

定义北京市医疗保障—养老保障复合系统为  $S = \{S1, S2\}$ ,  $S1$  表示北京市医疗保障系统,  $S2$  表示北京市养老保障系统。  $S1 = (a_1, a_2, a_3, \dots, a_n)$ ,  $n \geq 1$ ,  $a_1, a_2, a_3, \dots, a_n$  为  $S1$  各个要素,各要素构成医疗保障系统的序参量,序参量  $a_1 = (a_{11}, a_{12}, a_{13}, \dots, a_{1j})$ ,  $j \geq 1$ ,医疗保障系统  $S1$  可表示为以下矩阵:

$$S1 = \begin{bmatrix} a_{11} & \cdots & a_{n1} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ a_{1j} & \cdots & a_{nj} \end{bmatrix} \quad (1)$$

同理,养老保障系统  $S2 = (b_1, b_2, b_3 \dots b_n)$ , 可以用以下矩阵表示:

$$S2 = \begin{bmatrix} b_{11} & \cdots & b_{n1} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ b_{1j} & \cdots & b_{nj} \end{bmatrix} \quad (2)$$

医疗保障与养老保障复合系统可以表示为:

$$S = \left\{ \begin{bmatrix} a_{11} & \cdots & a_{n1} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ a_{1j} & \cdots & a_{nj} \end{bmatrix} \begin{bmatrix} b_{11} & \cdots & b_{n1} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ b_{1j} & \cdots & b_{nj} \end{bmatrix} \right\} \quad (3)$$

子系统的有序度受每个序参量的权重及其各自有序度共同影响。本文采用线性加权求和法来计算各子系统的有序度,通过计算相关矩阵赋权来确定序参量的权重。以医疗保障系统为例,序参分量的有序度公式为:

$$u(a_{1j}) = \begin{cases} \frac{a_{1n} - \beta_{1i}}{a_{1n} - \beta_{1i}}, & i \in [1, l_1] \\ \frac{a_{1n} - a_{1n}}{a_{1i} - \beta_{1i}}, & i \in [l_1 + 1, j] \end{cases} \quad (4)$$

以医疗保障系统为例,子系统有序度公式为:

$$U_1(S1)^n \sqrt{\prod_{i=1}^n \omega_i * u(a_{1i})} \quad (5)$$

复合协同度计算公式为:

$$cm = \theta \sqrt{|(U_1^1(a_1) - U_1^0(a_1))(U_1^1(b_1) - U_1^0(b_1))|} \quad (6)$$

其中,当  $\theta = 1$ , 则  $cm$  为正, 医疗保障与养老保障子系统有序度上升, 整个复合系统处于协同有序发展状态; 当  $\theta = -1$  时, 则  $cm$  为负, 存在一个子系统有序度下降, 复合系统未能有序发展。  $-1 \leq cm \leq 1$ , 取值越大说明医疗保障和养老保障系统的协同性越强。复合系统协同程度<sup>[13]</sup>如表 1 所示。

表 1  $cm$  值与复合系统协同程度

复合系统协同程度	$cm$ 值
不协同	$[-1, 0]$
低度协同	$(0, 0.3]$
一般协同	$(0.3, 0.7]$
高度协同	$(0.7, 1)$
协同一致	1

### 1.2.2 协同度指标体系构建

课题组在对医疗保障与养老保障发展政策文件、老龄化背景下医疗保障与养老保障发展研究相关文献归纳分析基础上, 从医疗与养老保障经费情况、医疗与养老保险覆盖情况、医疗与养老保险基金收支状况、医疗与养老保险待遇支付水平、医疗与养老服务资源配置等方面归集指标形成指标池, 通过专家咨询论证, 考虑指标的全面性、科学性、可获得性, 确定最终入选指标。结合基本医疗保障主要包含城镇职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险两种类别, 基本养老保险主要包含城镇职工基本养老保险与城乡居民基本养老保险两种类别。本研究拟从城镇职工与城乡居民两个角度分别构建医疗保障与养老保障复合系统协同模型, 主要指标见表 2、表 3。

表 2 北京市城镇职工医疗保障与养老保障复合系统协同度指标

系统层	指标层
医疗保障系统 S1	卫生总费用占 GDP 比重 (%)
	城镇职工基本医疗保险参保人数 (万人)
	城镇职工基本医疗保险基金结余率 (%)
	城镇职工基本医疗保险人均支出 (万元)
	每千人口医疗卫生机构床位数 (张)
养老保障系统 S2	每千人口卫生技术人员数 (人)
	城镇职工养老保险支出额占 GDP 比重 (%)
	城镇职工基本养老保险参保人数 (万人)
	城镇职工基本养老保险基金结余率 (%)
	城镇职工基本养老保险替代率 (%)
城镇职工月人均养老金 (元)	
每千人口养老机构床位数 (张)	

注:2019 年城镇职工基本医疗保险基金结余率含生育保险收支情况。

表 3 北京市城乡居民医疗保障与养老保障复合系统协同度指标

系统层	指标层
医疗保障系统 S1	卫生总费用占 GDP 比重 (%)
	城乡居民基本医疗保险参保人数 (万人)
	城乡居民基本医疗保险基金结余率 (%)
	城乡居民基本医疗保险人均支出 (万元)
	每千人口医疗卫生机构床位数 (张)
养老保障系统 S2	每千人口卫生技术人员数 (人)
	城乡居民养老保险支出额占 GDP 的比重 (%)
	城乡居民养老保险参保人数 (万人)
	城乡居民基本养老保险基金结余率 (%)
	城乡居民待遇领取人数 (万人)
城乡居民月人均养老金 (元)	
每千老年人口养老机构床位数 (张)	

注:2011—2017 年数据为城镇居民医疗保障指标数据, 2018—2021 年为城乡居民医疗保障指标数据; 2011 年为新型农村养老保险指标数据。

## 2 北京市医疗保障与养老保障发展状况

### 2.1 制度建设情况

目前,北京市已形成了以城镇职工和城乡居民基本医疗保险为主体, 医疗救助为托底, 补充医疗保险、商业健康保险共同发展的多层次医疗保障体系。2018 年北京市整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗两项制度, 率先构建了全市统筹、城乡统一的城乡居民基本医疗保险制度。养老保障层面, 北京市已经形成了以城镇职工基本养老保险和城乡居民基本养老保险为主体, 以企业年金、个人商业养老保险等为补充的多层次养老保障体系。2014 年, 国务院下发《关于建立统一的城乡居民基本养老保险制度的意见》(国发[2014]8 号), 决定在全国范围内建立统一的城乡居民基本养老保险制度, 农村居民和城镇非就业居民被纳入统一的基本养老保障体系中, 北京市根据文件要求印发了《关于贯彻落实国务院统一城乡居民基本养老保险制度暨实施城乡养老保险制度衔接有关问题的通知》(京人社居发[2014]177 号), 进一步统一和完善了城乡居民基本养老保险制度。

### 2.2 参保情况

2011—2021 年,北京市基本医疗保险与基本养老保险参保人数呈稳定状态, 截至 2021 年末, 城镇职工基本医疗保险参保人数为 1 486 万人, 城乡居民基本医疗保险参保人数为 400.8 万人, 基本实现了医疗保障的全民覆盖; 基本养老保险参保人数稳步增长, 其中, 城镇职工参保人数达 1 826.8 万人, 城乡居

民参保人数达 192.4 万人(表 4)。

表 4 2011—2021 年北京市基本医疗保险与基本养老保险参保人数(万人)

年份	基本医疗保险		基本养老保险	
	城镇职工	城乡居民	城镇职工	城乡居民
2011	1 188.0	159.8	1 089.4	173.4
2012	1 279.7	151.9	1 026.4	176.8
2013	1 354.8	160.1	1 311.3	180.1
2014	1 431.3	173.0	1 392.6	186.3
2015	1 475.7	181.0	1 424.2	187.6
2016	1 517.6	191.2	1 546.6	215.7
2017	1 569.2	202.2	1 604.5	213.1
2018	1 628.9	389.2	1 685.8	209.0
2019	1 682.5	400.1	1 748.2	204.7
2020	1 741.6	398.3	1 777.8	200.8
2021	1 486.0	400.8	1 826.8	192.4

### 2.3 基金收支情况

2011—2021 年北京市基本医疗保险与基本养老保险基金收支均呈上升趋势。截至 2021 年底,北京市城镇职工基本医疗保险基金收入达 1 672.4 亿元,基金支出为 1 358.8 亿元;基本养老保险基金收入为 3 437.5 亿元,基金支出为 2 904.1 亿元(表 5)。北京市城乡居民基本医疗保险基金收入为 113.6 亿元,基金支出为 106.8 亿元;基本养老保险基金收入 113.6 为 103.6 亿元,基金支出为 103.7 亿元(表 6)。总体来看,北京市基本医疗保险与基本养老保险基金收支处于平衡状态。

### 2.4 资源配置情况

近十年来,北京市医疗卫生机构数持续增长,由 2011 年的 9 699 个增至 2021 年的 11 727 个,随着医疗卫生机构数量的增加,与之相关的每千人口医疗卫生机构床位数和每千人口卫生技术人员数均呈增长趋势,居于全国前列,医疗资源相对丰富。同时,随

着北京市老龄化程度的逐步加深,为了给老年人提供更多保障和服务,北京市出台了一系列政策大力发展养老服务体系。投入运营的养老机构数量逐年增长,截至 2021 年,北京市运营中的养老机构共有 579 个,每千老年人口养老机构床位数 26.4 张,北京市养老事业持续不断发展(表 7)。

表 5 2011—2021 年北京市城镇职工基本医疗保险与基本养老保险收支情况(亿元)

年份	基本医疗保险		基本养老保险	
	基金收入	基金支出	基金收入	基金支出
2011	375.3	374.5	812.8	560.8
2012	497.4	500.4	995.1	640.2
2013	601.7	598.4	1 181.3	734.8
2014	682.7	648.4	1 331.3	841.7
2015	786.3	719.4	1 601.2	965.5
2016	912.1	776.6	2 249.0	1 479.4
2017	1 040.1	898.0	2 223.0	1 394.3
2018	1 209.0	974.7	2 553.9	1 519.2
2019	1 483.6	1 226.1	2 931.7	2 211.2
2020	1 380.5	1 167.0	2 549.8	2 584.4
2021	1 672.4	1 358.8	3 437.5	2 904.1

表 6 2011—2022 年北京市城乡居民基本医疗保险与基本养老保险收支情况(亿元)

年份	基本医疗保险		基本养老保险	
	基金收入	基金支出	基金收入	基金支出
2011	11.4	7.4	22.5	10.2
2012	9.5	8.8	26.8	13.6
2013	12.8	13.0	29.9	17.1
2014	20.3	14.1	36.7	21.3
2015	25.0	14.6	37.3	26.5
2016	25.8	17.0	41.7	30.2
2017	25.6	22.1	45.9	37.6
2018	111.7	103	55.9	47.3
2019	70.1	93.9	68.1	58.5
2020	110.8	79.3	68.9	64.3
2021	113.6	106.8	113.6	103.7

表 7 2011—2021 年北京市医疗、养老资源配置情况

年份	医疗卫生机构数(个)	社区卫生服务机构/站(个)	每千人口医疗卫生机构床位数(张)	每千人口卫生技术人员数(人)	投入运营养老机构数(个)	每千老年人口养老机构床位数(张)
2011	9 699	1 744	4.7	9.0	401	27.3
2012	9 974	1 897	4.8	10.6	400	26.8
2013	10 141	1 926	4.9	10.9	410	27.7
2014	10 265	1 958	5.1	11.3	410	28.5
2015	10 425	1 979	5.1	11.8	449	24.8
2016	10 637	1 997	5.4	12.2	534(含在建)	24.6
2017	10 986	2 066	5.6	12.8	506	25.8
2018	11 100	2 079	5.7	13.1	526	25.6
2019	11 340	2 075	5.9	13.8	536	26.0
2020	11 211	2 069	5.8	13.9	544	26.2
2021	11 727	2 111	6.0	14.5	579	26.4

### 3 北京市医疗保障与养老保障复合系统协同度测算分析

#### 3.1 城镇职工医疗保障与养老保障复合系统协同度测算分析

2011—2021年,北京市城镇职工医疗保障飞速发展,系统有序度从2011年不及0.01到2021年高达0.88。养老保障方面,2011—2014年城镇职工养老保障系统有序度明显高于同时期城镇职工医疗保障系统,如2011年养老保障系统有序度为0.40,此时医疗保障有序度竟不及0.01;2015年起,医疗保障系统有序度逐渐高于养老保障系统。就两系统整体而言,城镇职工医疗保障与养老保障复合系统协同度总体低于0.3,大致呈现为低度协同程度,其中,2012年、2015年、2017年、2019年复合协同度为负值,呈不协同程度。这提示2011—2021年北京市城镇职工医疗保障与养老保障两系统不能同步发展,出现长期发展不协同的态势(图1)。

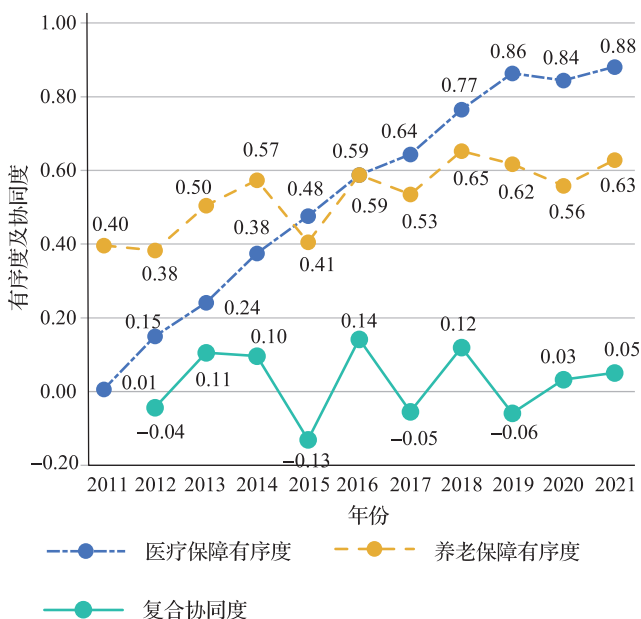


图1 2011—2021年北京市城镇职工医疗保障与养老保障子系统有序度与复合系统协同度趋势

#### 3.2 城乡居民医疗保障与养老保障复合系统协同度测算分析

2011—2021年,北京市城乡居民医疗保障系统有序度2013年最低,为0.30;2020年达到最高,为0.86,整体表现为飞速发展的趋势。而北京市城乡居民养老保障系统则发展较为平稳,有序度最低时为0.25,最高也仅为0.55(图2)。总体来看,2011—

2021年北京市城乡居民医疗保障与养老保障两系统复合协同度在2014年时达到最高,为0.14,但仍不及0.2,提示双方呈低度协同关系,两系统发展不同步。

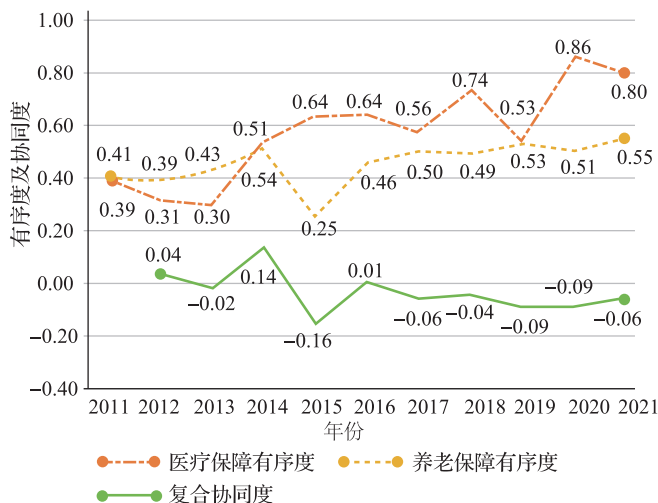


图2 2011—2021年北京市城乡居民医疗保障与养老保障子系统有序度与复合系统协同度趋势

### 4 讨论与建议

#### 4.1 医疗保障与养老保障发展不同步、不平衡

本研究协同测算结果显示,北京市城镇职工与城乡居民医疗保障与养老保障子系统有序度均表现为医疗保障起步相对较低但增长迅速、养老保障起步相对较高但增长缓慢的特点,二者有序度增长率呈现不同步、不平衡现象。究其原因,这可能与北京市医疗保障与养老保障相关政策落实程度以及各自系统发展成熟度相关。2011年起,秉承切实有效降低居民医疗负担、提高医疗服务质量的理念,北京市医疗保障体系快速发展,基本医疗保险体系进一步完善,参保人员稳步增加,医疗资源配置更加充足,使得医疗保障系统呈良性协调发展的趋势。近几年,北京市医疗保障体系在夯实原有成果的基础上,不断开拓创新,于2018年整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度,率先构建了全市统筹、城乡统一的城乡居民基本医疗保险制度,成为全国医疗保障体系高质量发展的典型。相关研究也表明,二者的整合极大地促进了全国医疗保障事业的飞速发展,使得医疗保障子系统有序度大幅提升。<sup>[13]</sup>而养老保障方面,政府主管部门交叉、职责不清<sup>[14]</sup>,北京市城镇职工与城乡居民养老保障虽能依托其固有优势表现出较高的发展起点,但系统内部分工混

乱,相关配套措施不完善<sup>[15]</sup>,且随着老龄化程度的不断加剧,北京市养老保障事业仍处于不断探索完善阶段,导致发展速度与规模增长相对缓慢,与医疗保障体系的快速发展形成一定差距。

#### 4.2 医疗保障与养老保障两系统相互影响,复合系统协同度有待提升

本研究复合系统协同度测算显示,2011—2021年北京市医疗保障与养老保障的有序度均有所增长,且两系统协同发展对复合系统协同度的提高有积极作用,双方表现为相互影响并促进整体发展的关系。陶晓萌<sup>[16]</sup>的研究认为医疗保障与养老保障在改善老年人医疗服务利用中具有协同作用,养老保障通过发挥老年人的经济补偿作用对老年人医疗服务的利用率和医疗费用有正向影响;医疗保障也通过分担个人就医支出极大地减轻老年人的养老负担,二者均产生正向的促进作用。但也应注意,本研究中医疗保障与养老保障复合系统协同度 cm 值低于 0.2,整体表现为低度协同的关系,且曲线变化情况不稳定,说明两系统在结构与规模上尚不能实现同步发展。两系统割裂式的发展不能有效满足北京市老年人的养老就医需求,造成老年人医疗、养老负担过重;同时未能有效盘活双方资源,两系统资源不能得到充分利用,加剧财政负担,将不利于老龄化趋势下北京市养老事业的可持续发展。这提示北京市应在不断加强对医疗保障与养老保障两子系统内部的完善与协调的同时,更应注重两系统间的协同发展,释放北京市养老事业建设新活力。

#### 4.3 城镇职工复合系统协同度明显高于城乡居民复合系统协同度

将北京市城镇职工复合系统协同度与城乡居民复合系统协同度对比发现,城镇职工复合系统协同度整体明显高于城乡居民,表明北京市城乡居民医疗保障与养老保障发展水平相对较低,且两系统呈不协同状态。国内已有研究也得出类似的结论,例如杨燕<sup>[17]</sup>等人的分析发现,城乡老年人因领取不同类型养老金、参保不同类型医疗保险对老年人产生的影响不同。这可能与不同参保类型下政策的发展成熟度相关,相比城乡居民医疗保障与养老保障体系,北京市城镇职工医保与养老体系起步早,早在 2000 年,中共中央、国务院《关于加强老龄工作的决定》(中发[2000]13 号)便提出要完善城镇职工离休与退休人员的养老、医疗保障的政策,满足退休老年

人的养老就医需求。而城乡居民医疗与养老保障体系历经多次改革,体系内政策相对不健全。也可能与城镇职工与城乡居民两群体本身的特殊性相关,受其经济水平、文化程度、社会地位等因素<sup>[17]</sup>的影响,城镇职工医疗保障与养老保障两系统发展基础更为深厚,复合系统协同度整体相对较高。这提示北京市应进一步统筹城乡居民医疗保障与养老保障体系建设,加强对特殊老年群体医疗与养老保障的相关扶持政策。

#### 4.4 采取多种措施促进北京市医疗保障与养老保障协同发展

一是从保险覆盖层面提升二者复合协同度,建议同步扩大医疗保障与养老保障保险参保率,落实全民参保计划,确保北京市老年人医有所保、老有所养、病有所医。二是从待遇支付层面提升二者复合协同度,建议一方面稳步提升老年人养老保障待遇,实施差异化养老补贴扶持政策,提高失独、经济困难、中度失能老年人的福利补贴标准,扩大兜底保障覆盖面。<sup>[18]</sup>另一方面适当对老年人的医保支付与报销予以一定的政策倾斜,扩大基本医疗保险支付范围,逐渐扩大对老年群体在慢病防控、康复护理等服务内容的医保支付力度,增加公共卫生、基本治疗性康复、护理等支付项目。三是从经费保障与改善基金收支状况层面提升二者复合协同度,建议拓展养老与医疗商业保险新形式<sup>[19]</sup>,通过引导和鼓励社会力量参与多层次社会保障体系的建设,不断拓宽医疗保障与养老保障资金池,促进养老事业可持续发展;同时为老年人抵御疾病风险提供更多的选择。四是从服务资源利用层面提升二者复合协同度,建议进一步整合养老服务与医疗服务资源,以大卫生、大健康理念引领北京市养老服务体系的建设,加强医疗机构与养老机构信息联通、设备共享和人员流转,最大程度落实老年人迫切需要的医养结合服务与现有医养结合服务资源有效适配<sup>[20]</sup>,共同助推北京市养老事业可持续发展。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

#### 参 考 文 献

- [1] 申曙光, 吴庆艳. 中国医疗保障制度的参量改革[J]. 苏州大学学报(哲学社会科学版), 2021, 42(4): 32-42.
- [2] 龙玉其, 王延中, 宁亚芳. “十四五”时期社会保障发展的目标思路与关键举措[J]. 经济学动态, 2020(8):

- 105-118.
- [3] 朱俊利, 赵鹏飞. 北京市城镇职工医疗保险基金可持续缺口预测[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(2): 37-43.
- [4] 求是网. 促进我国社会保障事业高质量发展、可持续发展[EB/OL]. (2022-04-15) [2023-12-17]. [http://www.qstheory.cn/dt/2022-04/15/c\\_1128563193.htm](http://www.qstheory.cn/dt/2022-04/15/c_1128563193.htm)
- [5] 谢士钰, 王文仪. 从收支平衡看医保基金运行风险及其管控改革措施[J]. 中国初级卫生保健, 2018, 32(1): 6-8.
- [6] 吴唯倩, 曾雁冰. 2009—2022年我国基本医保收支结余状况及风险警戒分析[J]. 中国卫生经济, 2024, 43(1): 34-37.
- [7] 宗震, 黄子芊, 张婧怡, 等. 人口老龄化背景下我国养老保险问题及对策[J]. 产业经济, 2022(5): 153-156.
- [8] 陈昊, 陈飞, 刘亚军. 年龄结构变化背景下人口老龄化对医保基金的影响及对策探讨[J]. 商业经济, 2022(3): 171-173.
- [9] 娄方丽, 田维毅, 石国风, 等. 社会养老保障服务对京津冀长期多重维度健康贫困的影响机制及地区协同发展路径研究[J]. 护理研究, 2023, 37(8): 1344-1349.
- [10] 胡扬名, 彭嘉雯. 老龄化背景下农村老年人养老保障满意度评价及影响因素[J]. 中国卫生事业管理, 2022, 39(9): 672-677, 683.
- [11] 赫尔曼·哈肯. 协同学: 大自然构成的奥秘[M]. 上海: 上海译文出版社, 2005.
- [12] 孟庆松, 韩文秀. 复合系统协调度模型研究[J]. 天津大学学报, 2000(4): 444-446.
- [13] 周佳卉. 山西省医疗服务与医疗保险协同机制研究[D]. 太原: 山西财经大学, 2021.
- [14] 梁晓玲, 胡容容. 基于SFIC模型的江苏省医养结合服务状况调研分析[J]. 中国疗养医学, 2023, 32(4): 445-448.
- [15] 祝玉晓, 李冬梅, 陈娜. 衡水市医养结合模式建设对策研究[J]. 河北企业, 2023(10): 61-63.
- [16] 陶晓萌, 曾雁冰. 医疗和养老保障对高龄失能老年人医疗服务利用影响的研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(6): 46-52.
- [17] 杨燕. 老龄化背景下社会保障制度的可持续性及其减贫效果研究[D]. 长春: 吉林大学, 2023.
- [18] 姜全保, 韩青, 郭玉. 农村老年人的社会支持困境与对策研究[J]. 苏州大学学报(哲学社会科学版), 2023, 44(6): 61-72.
- [19] 齐子鹏, 周韵晨, 夏蕾. 我国中老年人群商业健康保险的健康绩效分析: 基于中国健康与养老追踪调查(CHARLS)的经验证据[J]. 中国软科学, 2019(1): 31-44.
- [20] 王亦冬, 远航, 边黎明. 黑龙江省城市二级公立医院医养结合建设路径分析[J]. 中国医院管理, 2023, 43(1): 30-33.

[收稿日期:2024-01-21 修回日期:2024-03-05]

(编辑 赵晓娟)