
资源配置、底线公平

与欠发达地区农村医养结合

——基于福利多元主义导向的反思

王彦斌 袁青欢¹

(云南大学, 云南 昆明 650091)

【摘要】:我国欠发达地区农村医养结合服务多元化供给产生偏离福利公平原则的原因在于,福利多元主义希望通过多主体参与福利供给的方式降低政府责任与减少公共支出的主张与我国欠发达地区的客观环境不相适应。当前我国政府正处于福利责任上升期,国家福利支出规模也处于扩张期,在借鉴福利多元主义有益主张的同时,应立足于我国国情对其局限性作出针对性的制度安排。欠发达地区农村医养结合服务的开展需要根据现有资源状况确定一个合适的政府责任“底线”,在此基础上立足于医养资源现状构建起一套有助于多元主体介入且能够发挥各自优势的多层次医养结合服务体系,并通过对当前医养资源的相应优化来支撑这一体系的运行。

【关键词】:医养结合 底线公平 资源整合

【中图分类号】:D669.6 **【文献标识码】**:A **【文章编号】**:1002-6924(2021)2-0070-08

伴随着老龄化的进程,“医养结合”服务引起了人们的关注并被国家作为一项提升老年人健康福祉的政策予以推行。在当前“不平衡不充分的发展”阶段,探讨构建能够惠及欠发达地区农村老年人的医养结合服务体系,使之也能够共享“美好生活”就成为养老领域践行共享发展理念的时代课题。作者于2017年1月至2017年8月之间,在云南省的大姚县、姚安县、南华县和新平县,四川省的米易县和攀枝花市郊仁和区的农村对医养结合政策相关实施情况进行了调查,并于2019年1月和8月对上述调研区域以个别访谈的形式进行了回访。基于对调查资料的分析和思考,本文从资源配置、底线公平与欠发达地区农村医养结合资源整合的角度提出一种福利多元主义的反思,以期促进欠发达地区农村医养结合政策的实施能够具有更强的可及性。

一、问题的提出

(一)医养结合服务的福利多元主义取向

国家着力推动的“医养结合”服务是针对我国进入老龄社会后,医疗服务与养老服务分割供给的弊端日益显现的现状,通过将医疗服务与养老服务有效结合,让老年人度过一个幸福、健康的晚年生活,真正实现老有所养、老有所医。医养结合服务并不能视为“医”“养”两者随意处于平等地位的“拼接”,其“医”“养”有着独特的内涵:“医”,“主要是健康管理、突发疾

¹**基金项目**:国家社会科学基金项目“欠发达地区农村医养结合养老服务体系构建研究”(16XSH016)。

作者简介:王彦斌,云南大学民族学与社会学学院教授,博士生导师,主要研究方向:组织管理与公共治理;袁青欢,云南大学民族学与社会学学院博士研究生,主要研究方向:文化与社会行为。

病的应急处置和医疗护理等”；“养”，“重点是慢性病老人和失能失智老人的照护服务”。^[1]有学者将其归纳为“医是重点，养是基础”^[2]。总体而言，医养结合服务是将医疗护理及康复与基础养老、生活照料融为一体，强调的是医疗资源对养老的介入与融合^[3]，从而实现“提高养老服务质量，改善老年人的生命质量”^[2]的目的。从这一角度而言，我们所讨论的“医养结合”服务类似于国外“综合照护”（integrate health and social care）概念。^[4]

医养结合服务作为提升老年人生活质量的一种社会福利安排，政府推动其开展的原则是“政府引导，市场驱动”，基本途径是“鼓励社会力量兴办医养结合机构”^①，希望通过利益导向引入民营资本，调动各方社会资源实现“健康中国”的目标。这在一定程度上与主张福利来源多元化的福利多元主义理念相契合。同时，有学者认为现代社会福利已步入福利多元主义时代，中国社会福利的改革方向是由国家中心主义向福利多元主义模式转换。^[5]很多学者沿着这一思路对医养结合服务展开研究，其研究成果主要集中在以下两方面。一是介绍当前已有的经验与做法，建议借鉴行之有效的经验。如，在介绍香港长者社区照顾政策实施经验基础上建议内地在应对人口老龄化问题应明确福利多元主体的责任，整合服务资源，提升服务的专业化水准，并要对老年人的需求进行有效的调查评估^[6]；通过介绍德国长期照护保险制度，建议我国应积极进行地方试点，推动加速建立我国老年人长期照护保险。^[7]二是依据福利多元主义的理论提出政策建议。如针对老年人长期照护服务体系的构建，认为长期照护服务的责任主体分为政府、市场、家庭和民间社会，应制定准入和分级管理标准；探索开展多种形式的长期照护服务；在加大人才培养、健全信息网络系统和建设长期照护保险制度等方面采取优先发展策略。^[8]

当前，我国处于“不平衡不充分的发展”阶段，既有城乡差异、也有发达与欠发达地区的差异，而欠发达地区农村在当前阶段处于最不利地位。当前的研究对处于不利地位区域的“医养结合”服务开展也给予了一定的关注，并给出一些切实的建议。如，对处于欠发达地区西部地区，现有研究成果指出其医养结合服务面临着三重实践困境，即制度困境、资源困境和信息困境，建议建立弹性政策支持体系，加大中央财政投入^[9]；对于老龄化问题较城市严重且养老资源和医疗资源也较为匮乏的农村地区，当前医养结合服务开展所采取的两室联建、家庭医生以及医疗服务外包三种模式，方式较为单一，资源利用率低，建议以医疗养老资源整合为手段，通过村委会等基层组织机构搭建统筹区域内医疗资源和养老资源整合平台，对医养工作体系进行统筹管理和监督，以实现医养结合工作有效运作^[10]。总体而言，“比起中国的城市老龄人口而言农村尤其是欠发达地区的老龄人口的相关问题更迫在眉睫”^[4]。而应对的途径应是从农村老年人社会需要的社会福利理念出发，构建出一种多层次、多方式的医养结合技术服务体系，并通过一定程度的社会福利供给多元化方式给予相应的社会资源供给保障。^[4]

从现有的研究成果可以发现，“医养结合”是一项涉及养老与医疗领域能够给老年人带来福祉的福利制度安排，在实践中需要多元的资源介入，在一定程度上契合了福利多元主义的主张，福利多元主义可以作为分析医养结合服务的一个理论视角。

（二）欠发达地区农村医养结合服务供给多元化的困境

欠发达地区农村的医养结合服务开展存在着有其自身特点的困境，多元的资源介入对于应对这种困境具有重要作用，但与此同时，欠发达地区农村医养结合在服务供给多元化方面还存在一定的问题。

首先，“医”“养”服务现有供给主体单调。调研发现，当前欠发达地区农村医、养服务的供给主体主要是政府与家庭（个人）。欠发达地区农村的养老方式以居家为主，机构为辅。居家老年人的养老服务主要由自身及其家庭供给，其经济支持主要源于老年人自身的劳动、家庭、新农保三部分，其中，部分居家养老的五保户老年人，政府给予核定标准的资助。机构养老老年人主要是入住政府兴办的公立养老院的五保户，其养老资源全部源于政府。极少部分入住私立养老机构的农村老年人，其养老资源依赖于自身的积蓄与家庭。农村三级医疗预防保健网承担了欠发达地区农村老年人的医疗卫生服务的基本供给，而且欠发达地区农村老年人对医疗的需求较大，其主要依赖村、乡镇级的医疗资源给予低层次的保障。在欠发达地区，这一以县级综合性医院为龙头、卫生院为枢纽、村卫生室为网底的农村医疗卫生服务体系中的医疗机构，主要以政府兴办为主，也有极少的民营医疗机构参与其中，这一体系主要由政府提供资源支撑。欠发达地区志愿组织、民间机构等公益性组织本身就处于较为欠缺的状

^①①见《国务院办公厅转发卫生计生委等部门关于推进医疗与养老服务相结合指导意见的通知》（国办发〔2015〕84号）。

态，更难以以为农村老年人提供稳定的卫生医疗与养老方面的服务。多主体共同参与医养结合服务的供给既是福利多元主义的基本主张，也是“政府引导，市场驱动”原则的要求。但总体而言，当前欠发达地区农村医养服务的医疗方面主要供给主体是政府，养老方面的主要供给主体是家庭，其他供给主体参与度非常低。医养结合服务的开展必然需要立足现有的医、养服务，现有医、养服务供给主体的状况自然会影响到医养结合服务供给主体的多元化。

其次，市场主体参与供给造成新的社会差距。“政府引导，市场驱动”作为医养结合服务开展的一项基本原则，市场机制需要通过产品的价格机制来发挥作用，就需要医养结合服务的接受对象承担相应的付费责任。福利多元主义也主张福利不应完全由政府免费提供，福利接受者应在不同程度上支付一定的费用，尤其在接受个性化服务方面。调研中发现，绝大多数老年人及其家庭无力购买市场主体提供的医养结合服务。另外，从国外经验来看，长期照护险对于医养结合服务具有重要支撑作用，但对于当前广大欠发达地区农村家庭而言，欠发达地区的农民负担新农合、新农保两项保险已经较为困难，再向其筹集部分资金设立老年人长期照护险已不太现实。而欠发达地区政府羸弱的公共财政使得欠发达地区政府只能为医养结合服务在其区域内的开展提供有限的支持。这就带来了两方面的结果，一是囿于欠发达地区政府和农村老年人及其家庭在医养结合服务方面的购买力限制，市场主体介入的空间非常狭小；二是当前政府支持市场主体兴办的医养结合机构所提供的医养结合服务供给更多地偏向于占优势地位群体，事实上形成“富人服务”的局面，反而造成新的社会差距，偏离福利公正原则的要求。

当前医养结合服务在欠发达地区农村多元供给方面存在的问题与福利多元的总体导向之间是否存在着关联性，福利多元主义在“不平衡不充分”的历史阶段中处于不利地位的欠发达地区农村适用条件如何，以及如何在现有的资源约束下构建一个能满足欠发达地区农村社会需要的医养结合服务体系也就成了需要考量的问题。

二、欠发达地区农村医养结合服务多元供给需坚持底线公平

（一）福利多元主义的局限性及西方福利国家的应对

20 世纪 70 年代以来，为了应对福利国家危机，西方学者提出了福利多元主义的理论范式，这一范式也被称为福利多元组合、福利混合。福利多元主义的主要理念是分权和参与，其“观察到了多种机制相互交叠交叉、相互重合和相互取长补短的局面，各种机制的优势互补恰恰可以创造一种相互嵌入的新福利模式来提供社会服务”^[6]，主张福利供给不仅仅是政府的责任，市场以及其他的社会主体也应承担相应的责任，参与福利供给，也倡导在政府内部将福利供给权限下放地方，减少中央层面的统一安排。福利多元主义寄希望于多主体在自身价值导向下参与福利供给，通过充分的竞争降低供给成本，提升福利供给与公众需求的契合度。其代表人物罗斯就希望建立起一种国家、市场和家庭之间相互补充、共同提供福利的福利多元组合体系以纠正和补偿“市场失灵”“政府失灵”和“家庭失灵”。

伊瓦斯在其研究中将社会福利的来源分为市场、国家、社区和民间社会，并分别指出这四类主体的价值导向与其局限性^[11]。虽然多元福利供给“是一种整合各个福利主体的系统论观点”^[12]，但不同的福利供给主体是在其自身的不同价值导向下参与福利供给，并按其自身的机制运行，因各主体固有局限性的存在，多元主体参与的福利供给既可能形成福利多元主义所希望的各主体在不同价值指引下发挥各自的积极作用，形成互相协调的平衡局面；也有可能形成凸显各供给主体局限性的状况，导致期待的福利状态无法实现的局面。在福利供给中不但市场失灵与政府失灵一样屡见不鲜，其他的福利供给主体也存在着失灵的可能性。

那么，不但福利多元主义所主张的平衡状况很难实现，而且还可能带来一些不好的影响，如，“市场化”方案不仅不会缓解社会的不平等，反而会导致社会差距不断加大^[13]；因福利供给主体之间协调机制缺乏、主体构成及其职能关系模糊，也会导致福利主体自我角色认知混乱、责任推卸与福利异化等一系列问题。^[14]对于如何规避不利局面的出现，福利多元主义并未给出明确的主张，而是希望各主体在自身的责任驱动下通过互动实现优势互补，从而“回避”了这一问题。

福利改革的本质是改进有限资源的配置，要在既定条件下既满足民众的基本生活需求，又能激发公民个体的能动性。^[12]福

利国家的危机在于其突破了自己的“能力边界”，从社会组织和财政两方面都不堪负荷，难以完成其设定的社会福利目标。^[7] 福利多元主义应对福利国家危机的主张在一定程度上可以被理解为政府重新界定政府资源所能够支撑的“能力边界”，而将无法支撑的部分交由其他主体按照其自身固有机制“自发”承担，在此过程中既降低供给成本，提升福利供给与公众需求的契合度，客观上也将整个社会过高的福利水平线降到适度的位置。对于福利多元主义而言，公共福利水平是否得以维持并不是其关注的重点，重要的是降低政府责任与减少公共支出。虽然约翰逊就曾指出福利多元主义的社会政策发展具有潜在的危险和不平等，对能否保住现有的福利水平也提出了怀疑^[11]，但在福利多元主义首先实践的西方发达资本主义国家，即使降低了政府的福利供给责任和减少了政府的福利供给量，因其居民购买力水平较高，民间组织、志愿组织在社会上也较为活跃，总体上能够提供较为充足的社会福利供给，可以通过充足的“自发”竞争，形成相对平衡的状态。

（二）我国欠发达地区农村医养结合服务多元供给的必要前提

城乡、区域、人群之间的收入差距仍然较大是当前我国发展不平衡不充分的一个重要表现。一般而言，欠发达地区主要体现为经济发展滞后，与之相伴随的是较为低下的人均收入或人均产值、羸弱的公共财政和相对薄弱的公共服务体系。我国欠发达地区相对较为低下的居民收入不但难以通过市场机制支撑市场主体扩大福利供给规模，而且价格机制还会引导这有限的供给向“富人”倾斜，而社区和民间社会的发育也相对滞后，能够提供的福利供给极少。公共财政为社会福利提供的支持本就有限，如果政府通过补贴手段支持市场主体提供供给则更容易偏离福利的公正原则。在欠发达地区，政府以外的福利供给主体供给规模有限，在此状况下，如果降低了政府的福利供给责任，非政府供给主体所无法提供的社会福利供给就无法“补足”，那么不但无法形成多元主体供给均衡的局面，甚至连最基本的福利供给都无法保障。当前欠发达地区农村医养结合服务供给多元化所面临的困境正是一些学者所指出的福利多元主义在实践中存在的问题的具体体现，即因供给主体的单调无法形成多种机制优势互补的局面，福利多元主义所希望的平衡状况并未实现，提供出更有契合度的供给更无从谈起。

与此同时，随着经济与社会不断发展，我国对民生领域的投入不断加大，政府也正处于福利责任上升期，福利支出规模也处于扩张期，我国社会福利正在经历从补缺型向普惠型的转变，这与福利多元主义所要应对的福利国家危机存在着根本上的差别。那么，对于我国福利建设而言，重要的是如何提供与人民美好生活相符的社会福利，降低政府在福利供给中的责任与减少公共支出并不是其主要目标。在此背景下，我国社会福利改革面对的一个基本问题是整个社会福利水准应提升到何种程度。社会公正一直都是社会福利的一项基本原则，而福利制度中的公正既需要惠及大多数人更需要倾斜性照顾“弱势群体”，要确保“最少受惠者的最大利益”。^[15] 基于福利的公正原则考量，“社会福利水准”应是惠及所有福利对象的时代“底线”，也应是结果意义上的福利“底线”，守住这条“底线”也即是福利领域必须坚持的“底线公平”。

福利多元主义主张在实践中取得积极效果的一个很重要原因是调动多方资源介入福利生产并且发挥出各种机制的优势。我们在推进欠发达地区农村医养结合服务开展过程中需要积极借鉴其有益主张，在医养结合服务体系的构建中不但要为多元主体的参与预留足够的空间，而且还需要给予非政府主体的参与优先性，促进多元主体积极投入资源和各供给主体的优势机制发挥作用。同时，对于我国当前历史阶段多元主体参与医养结合服务供给可能出现的不利局面要作出针对性的安排。这种安排主要体现在两个方面：一是汲取西方福利国家危机的历史教训，根据资源状况确定一个合适的“底线”；二是明确多元供给主体的职责体系，确保某些供给机制失灵时有明确的主体在结果层面“兜底”。对于欠发达地区农村医养结合服务的开展而言，应结合当前社会的资源状况，划定与时代相符的医养结合服务“底线”，立足于医养服务相关方的价值追求与资源状况，在明确对“底线”负责主体的基础上，通过整合现有医养资源，实现各类医养资源利用最大化，以多元主体共同参与构建的一个可持续为各方参与者增益、切实促进老年人生命质量得以提升的综合照护服务体系。

三、底线公平导向下的欠发达地区农村医养结合服务体系

（一）明确政府为主的底线责任体系

“社会福利制度的服务对象是行动着的社会成员，国家建立社会福利制度是为了满足社会成员的社会需要”，^[16]医养结合作为一项提升老年人健康福祉的福利安排，针对的是全体老年人的整个老年时期，与其较长的时间跨度和数量巨大的老年人群体相对应的是医养结合服务需求的多样性，这种需求的多样性主要体现为老年人对医疗资源需求既具有普遍性又有特殊性：普遍性的需求主要体现在健康管理、突发疾病的应急处置等方面；特殊性需求主要体现为失能、半失能老人和某些处于重疾恢复期的老年人的护理需要，也包括部分老年人对医疗健康资源更高品质的个性化需要。医养结合服务就需要对此作出针对性的回应，对这些需要的回应能力必然受社会发展水平所制约，从“底线公平”的角度而言，就是医养结合服务的底线应与时代发展相符。我国从总体上而言处于发展“不平衡不充分”的历史阶段，共享发展也只能是一个从低级到高级、从不均衡到均衡的过程，而不是一种平均主义意义上的共享。作为养老领域“美好生活”追求的医养结合服务也应是一个历史的、动态的、发展的概念，并不存在一种标准统一的状态。所以，当前历史阶段欠发达地区农村医养结合服务的“底线”应该保持一个适宜的水平，应将其理解为医养结合服务“重要的是能够通过提升医疗服务对养老服务健康促进支持，使这些老龄人口有一个好于当前状况的老年生活质量状态。”^[4]基于福利的公正原则考量，欠发达地区农村的这条“好于当前”的“底线”也应是全国范围内医养结合服务的“底线”。当前历史阶段医养结合服务的“底线”在内容上应包括欠发达地区农村老年人在内的普遍性与特殊性的健康需求。具体而言，对于老年人普遍性的健康需求的回应，应是促进医疗资源下沉，以便于更高效、便捷地支持养老服务，既确保医疗资源对养老的支持“好于当前”又要为未来的提升留足余地。对于个性化的健康需求，既包括个体特殊健康原因导致老年人的健康福祉降低到“底线”之下，如失能、半失能、大病康复等，也包括超越底线之上的对于健康水平更高品质的需求，对于这部分需求需要给予个性化的对待，且必须要对“底线”之下的特殊需求予以一定的制度安排，使之达到“底线水准”。

那么，无论是从应对老年人多样性的医养结合服务需求考量，还是借鉴福利多元主义的有益主张和落实“政府引导、市场驱动”的原则要求，医养结合服务的开展都需要多元主体参与供给，也应有多样的供给方式。从参与医养结合供给的动力和所能够调动的资源来看，国家都应在医养结合服务的供给多元化中承担总体责任，当然，这种责任要通过作为国家代理的政府来落实。从其动力机制来看，市场主体追逐的主要是经济利益，依赖的是市场竞争机制，竞争机制发挥作用要求其行动立足于自身的视角考量，其投入必须有合适的回报，通过提升服务效率与服务质量促进社会整体福利提升，因而市场主体不对最终整体状态负责。社区与民间社会类似，其动力机制源于个体的责任感与志愿性，其关注点与整体状态存在着一定的契合度，但其志愿性与责任感并无强制性，其供给存在着较大的不确定性。而作为国家代理者的政府是在法律要求下活动的行动者，其职责就是确保社会的公共利益，立足点本身就是社会的总体状态。所以，在欠发达地区医养结合服务的多元供给中国家应将其所追求的平等价值具体化为确保所有的福利对象能够获得一定水准的医养结合服务，从而承担起对最终状态的“兜底”责任；其他供给主体在其自身的价值追求下按其自身的机制提供医养结合服务的供给。各主体承担的职责任不但受其价值导向的影响，还要受到所能掌控的资源状况制约。在当前欠发达地区的资源状况下，欠发达地区的政府比其他主体调配资源的能力更强，而且欠发达地区政府作为更大科层制中的组成部分，也是欠发达地区承接外部支持的枢纽。从对资源的调配能力来看，政府不但应对欠发达地区农村医养结合服务的总体状况负责，而且应在当前的总体供给格局中承担主要供给任务。

（二）立足现有医养体系的多层次医养结合服务框架

虽然政府应在欠发达地区农村医养结合服务中承担主要的责任并应对总体状态负责，但福利责任与福利供给并不一致，对总体状态负责更不意味着政府必须要采取直接组织生产的方式提供医养结合服务。政府履行其供给责任的方式“既可通过直接向社会提供福利，也可以通过委托市场、社会与家庭进行福利生产”^[14]。政府是当今社会主要的规制性制度的供给者，所以，为了使全体欠发达地区农村老年人都能够享有一定水平线之上的医养结合服务，政府承担其责任的着力点应是构建起一套相关主体能够介入且能够发挥各自优势的服务框架。

立足欠发达地区现有和可拓展的资源、针对老年人对医养结合服务多样性需求和守住“底线”的要求，借鉴福利多元主义的有益主张，欠发达地区农村医养结合服务应是立足医疗资源支持居家养老，兼顾机构养老。从医养结合强调在养老服务中强化医疗卫生服务的健康支持作用的内涵出发，医养结合服务的底线应体现在医疗资源对现有和一定时段未来的养老体系进行有针对性的支持。基于福利的公正原则考量，其服务对象应包括全体老年人，这也是共享发展成果的具体体现。从这一角度出发，

欠发达地区农村医养结合服务就需要在“以居家为基础、社区为依托、机构为补充”^[17]的养老服务体系上着力。当前，居家养老仍然是欠发达地区农村老人的主要选择，居家养老为主是欠发达地区农村当前和较长历史时期内的主要养老模式，那么，确保医养结合服务能够惠及大多数的居家养老老人，就是欠发达地区农村医养结合服务体现其“底线”的主要方面。所以，欠发达地区医养结合服务体系应是医疗资源支持居家与支持机构养老相统一，其中医疗资源支持居家养老服务是主要着力点。

基于当前医疗卫生体系与养老服务所具有的层次性，老年人对医养结合服务内容的需求既有普遍性又有特殊性，老年人对医养结合服务的品质也有不同层次的需求，医养结合服务也应具有一定的层次性。具体而言，欠发达地区农村医养结合服务的框架应是：医疗健康资源支撑居家养老，重要的是确保居家老人能够便捷地接受到不同层级的医疗健康资源的供给；医疗健康资源支撑机构养老服务在当前阶段主要应立足于医疗机构对养老机构的医疗卫生支持，既包括医养机构联系常态化、“医”“养”机构资源互相渗透、医养一体化发展三个不同融合度的结合，也包括不同层级“医”“养”机构的结合。同时，这一框架是一个需要多元资源介入的开放体系，也是当前阶段“政府引导、市场驱动”原则在欠发达地区农村推进医养结合过程中的实现载体。在当前历史阶段，欠发达地区医养结合服务体系尤其需要政府发挥应有的能动性，通过自身的职能运转，立足欠发达地区现有资源、拓展各种可资利用的资源，努力推进相关资源的优化来支撑欠发达地区农村医养结合服务体系的良性运转，从而提升老年人的健康福祉。

四、资源优化支撑欠发达地区农村医养结合服务体系

（一）改善资源布局，促进资源整合

资源的布局结构对资源效益的发挥有着重要的影响，对资源的布局进行优化应是支撑欠发达地区医养结合服务体系的首要着力点。可以从集中与优化两方面着手改善欠发达地区当前涉及老年人资源的资源布局结构，促进医养结合服务的开展。

第一，集中布局资源。从医养结合服务涉及到“医”“养”相关资源结合的角度而言，相关资源在空间范围内集中布局可以为相关资源发挥出协调效应提供一定的便利条件。随着乡村振兴的推进，农村交通、居住条件的改善，使得公共设施聚集成为可能。一是按功能互补和功能统筹的原则集中设置机构、场所设施。涉及老年人的机构、场所设施尽量在地域上相邻布局，便于机构、设施功能互补，产生协同效应；二是注重强化多主体的人力资源信息沟通的“横向”集中，使老年人、养老责任人、医疗卫生人员、村（居）成员等涉及医养服务的主体及对象能够快捷地共享信息，及时对老年人的医养需求作出反应。同时，鼓励老年人聚集于公共场所活动，最好围绕医疗卫生资源点聚集活动，以便于老年人在日常活动中获得医疗服务、获得照护资源，也有利于老人的社会交往，促进老年人社会资本的增加，进而有助于老年人的养老生活获得更多的支持。

第二，优化资源布局。一是同种功能机构、场所设施按照有利发挥效益的原则进行统筹布局。医疗卫生、养老的场所与设施布局可突破行政区划的限制，按照老年人的居住特点和交通状况进行统筹安排。通过落实公立养老院对非“三无”和非五保老人开放的政策，必要时采取撤并、集中等方式推动现有乡镇养老院的规模扩大，为医疗资源有效介入养老提供经济上可行性。可采用购买服务的方式将公立养老机构交由经营性养老机构服务等措施推动社会资本兴办的经营性养老机构发展；二是优化医疗力量。首先，以组织化的手段对村医队伍进行均衡配置。具体而言，政府在对现有涉及村医相关经费投入进行核算，并将此笔经费作为对村医支持的资金基础。优先尝试以企业化的方式将村医队伍整合成一个将“医养结合”服务作为主要职责的组织，政府以购买公共服务的方式对其提供市场支持，也可以以乡镇为单位将村医队伍整合为“公益二类事业单位”，进而改变当前依托村级行政区划的配置方式，代之以乡镇人口分布与交通状况对村医力量进行重新配置。其次，进一步强化医疗卫生体系内县、乡、村三级的联动，依托目前正在推进的家庭签约医生服务团队建设、医共体、医联体建设等，加强信息共享体系建设，推动欠发达地区的医疗卫生体系协同能力提升，缩短医疗卫生资源为老年人服务的响应时间。最后，调整基层医疗卫生服务中业务结构，随着老龄化进程，逐步提升老龄相关业务的比重，增强慢性病康复护理的业务能力等，提升为老年人服务的针对性。

（二）拓展资源功能，增加医养服务契合度

虽然当前欠发达地区农村支撑医养结合服务体系资源总体上并不充足，但因其人口密度相对较低，某些公共设施以及组织体系的“负荷”并不很高，很多涉及老年人的设施可以突破原有的设计功能，现有的组织体系也可以突破原有的职责范围，为其医养结合服务体系提供支撑。

第一，场所、设施功能延伸，支撑医养服务。一是各类医疗机构在条件允许的情况下也可以开拓养老服务，医疗场所在可能情况下拓展出养老功能，如，条件允许的卫生院、空间充足的卫生室可以承接失能、半失能老年人的照护等；二是公共场所、设施拓展老年人活动功能，如，村（居）级的村（居）民活动室、村级会议室等场所应鼓励多向老年人开放，在可能的情况下还可以拓展老年人照护功能；三是老年人设施拓展其他社会功能，如，日间照料中心等场所也可以承担老人交流、娱乐的功能，还可以承担隔代照护的功能。

第二，职责延伸，提升公共部门介入医养结合力度。一是强化原有涉及医养结合服务主体相关的职责，使之融入医养结合服务职能体系。可将一些在事实上以老年人群体为重点服务对象的公共卫生服务和基本医疗服务项目整合进医养结合服务职能体系。可将基层自治组织中与医养结合服务相关的职责强化整合进医养结合服务的村级职责体系，提升养老服务在发展公益事业、搞好公共卫生、办好社会公益事业和福利事业等职责中的比重；二是突破原有职能，使之向医养结合服务领域扩展。包括村卫生室、乡镇卫生院以及各类医院在内的医疗卫生系统在为老人提供公共卫生服务和基本医疗服务之外还可以承担养老照护等职能。还可以拓展基层自治组织的计生系统管理功能，将原来主要关注计生的工作职能延伸至养老方面。

第三，拓展人力资源技能，助力“医”“养”服务。一是基层医疗卫生人员深度介入养老服务。基层医疗卫生人员在可能的情况下拓展护理技能、加强对老人身体状况的监控力度、对重点老人给予特殊的关注、为养老责任人缺位的老年人提供辅助照料的支持等，基层医疗卫生人员也可以直接承担养老场所的管理工作；二是养护人员拓展“医”的功能。这里“医”的功能并不是指的是医生进行处方处理的医疗诊治，而是努力提高包括居家与机构在内的养护人员与医疗卫生人员的配合能力。

（三）升级资源品质，提升服务水平

当前，国家对公共服务各方面的投入正处于持续增加阶段，这既为欠发达地区农村的医养结合服务水平的提升创造机会，也对之提出了新的要求。欠发达地区农村医养结合服务水平提升也依赖于“医”“养”资源质量的提升。对于医养结合服务体系相关的资源而言，主要包括医疗服务能力和养老资源接纳医疗服务能力两方面的提升，既要立足于原有资源质量的提升也要努力促进新资源的介入。

第一，提升医疗服务对养老服务的支撑能力。一是提升现有医疗资源对养老服务的支持力度。经过长期发展，我国已经建立了由医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构等组成的覆盖城乡的医疗卫生服务体系，这一体系也是欠发达地区农村医疗、卫生、保健水平提升的基础。可以在现有体系已有机制基础上，加强落实，重点提升基层医疗卫生人员为老年人服务的能力，同时，推进医疗卫生体系内的设备共享体系建设，优化服务流程，利用信息技术提升医疗资源对老年人服务的有效性；二是努力寻求新的医疗卫生资源介入。积极探索以公建民营、民办公助、特许经营等模式推动民营资本创办医疗机构或医养结合服务机构，引进高水平的医疗资源，提升服务质量。在政府投入的主渠道之外，积极尝试社会融资的方式对现有医疗系统进行硬件升级改造。鼓励社会资本参与基层的医疗卫生保健服务。积极与营利性社会组织建立联系，以获得相应的支持。采取多种方式吸引专业人才进入基层从事医疗、康复、保健等工作。

第二，提升养老资源接纳医疗支持的能力。要实现医疗资源对老年人的健康支持，医疗资源的介入与养老资源的配合是两个不可分割的方面，所以还必须对县、乡、村三级养老资源进行统筹，以提升接纳医疗支持的能力。一是提升当前养老生活对医养支持的接纳能力。首先，需要对老年人及其护理人员进行公共医疗卫生知识教育和适度的培训。其次，在养老机构和有老年人的家庭中配备一些基本的身体指标检测设备和基本的常用应急医疗药品与器械，并在养老场所与医疗机构间建立顺畅的信息通道。提升养老护理人员的医疗护理水平，使之能够更好地配合医疗卫生人员为老年人服务，也为医疗资源实时介入养老服务

务提供可能性的基础;二是做好未来护理人力资源规划,为养老服务提升与产业发展奠定人力资源基础。要建立护理人力资源可持续培训体系,制定适应老年人护理的培训标准,设置体系性的培养方案,逐渐充实医养结合的人力资源基础。

参考文献:

- [1]董红亚. 养老服务视角下医养结合内涵与发展路径[J]. 中州学刊, 2018(1): 59-64.
- [2]于潇, 包世荣. 健康中国背景下医养结合养老模式研究[J]. 社会科学战线, 2018(6): 271-275.
- [3]赵晓芳. 健康老龄化背景下“医养结合”养老服务模式研究[J]. 兰州学刊, 2014(9): 129-136.
- [4]王彦斌. 欠发达地区农村医养结合养老服务体系构建[J]. 探索, 2017(6): 153-159.
- [5]张长伟. 救助受艾滋病影响儿童的“河南模式”解读——从福利多元主义的视角[J]. 社会科学家, 2012(2): 51-54.
- [6]施巍巍, 刘雨蓓. 香港长者社区照顾的福利多元主义视域[J]. 学术交流, 2016(3): 147-151.
- [7]刘涛. 福利多元主义视角下的德国长期照护保险制度研究[J]. 公共行政评论, 2016(4): 68-87+207.
- [8]李明, 李士雪. 福利多元主义视角下老年长期照护服务体系的构建[J]. 东岳论丛, 2013(10): 117-120.
- [9]易婧, 屈锡华, 卢东. 智慧养老背景下西部地区医养结合服务供给主体关系博弈研究[J]. 西藏大学学报(社会科学版), 2018(1): 155-162.
- [10]刘晓梅, 刘冰冰, 成虹波. 农村医养结合运行机制构建研究[J]. 延边大学学报(社会科学版), 2019(2): 99-107+143.
- [11]彭华民, 黄叶青. 福利多元主义: 福利提供从国家到多元部门的转型[J]. 南开学报, 2006(6): 40-48.
- [12]韩央迪. 从福利多元主义到福利治理: 福利改革的路径演化[J]. 国外社会科学, 2012(2): 42-49.
- [13]王家峰. 福利国家改革: 福利多元主义及其反思[J]. 经济社会体制比较, 2009(5): 85-90.
- [14]陈友华, 庞飞. 福利多元主义的主体构成及其职能关系研究[J]. 江海学刊, 2020(1): 88-95.
- [15](美)约翰·罗尔斯. 正义论[M], 何怀宏, 何包钢, 廖申白, 译. 北京: 社会科学文献出版社, 1998: 303.
- [16]彭华民. 论需要为本的中国社会福利转型的目标定位[J]. 南开学报(哲学社会科学版), 2010(4): 52-60.
- [17]国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要[EB/OL]. http://news.xinhuanet.com/politics/2016lh/2016-03/17/c_1118366322.htm.