

## 第3章 嵌入式养老服务

服务是指为他人做事,并使他人从中受益的一种有偿或无偿的社会活动。家庭是社会的细胞,亲情是社会文化的根基,家庭扶老携幼的文化是永恒的,社会养老服务是家庭养老的补充,不是替代。为此,国际社会有一系列界定健康老龄化的公约,意在通过嵌入式医养服务和环境建设提高老年人参与社会和健康生活的机能。

本章主要内容如下:

- 养老服务的基本原理
- 医养服务需求与供给
- 金融服务需求与供给

### 3.1 养老服务的基本原理

#### 3.1.1 养老服务的定义和特征

养老服务是一种嵌入老年人身心、家庭、社区、机构和城市的家庭照顾(home care)和专业护理(loneterm nurse),从而提高老年人健康生活和参与社会的机能的社会活动的总称。嵌入式养老服务的核心是尊重老年人尚存的自理能力和身心健康。

社会医养服务的主要特征如下:(1)扶助式,即指伴随老年人体力和智力的损失提供相应的服务,如自理环境设施、半护理服务、全护理服务、临终纾解服务等;在经过康复和护理之后,老人的自理能力可能得到恢复;抚养孩子和赡养老人是家庭功能,在家庭照料不足时才需要嵌入社会服务;社会服务需要嵌入老年人的心理、生活、家庭和社区,乃至嵌入社会文化和经济发展;是对家庭养老的补充,不是替代;(2)个性化,每个老年人的阅历、心态、健康、家庭、性格等均有差异,他们接受服务的内容和标准的差异较大;可以说,养老服务首先是尊重、爱护和理解老年人的文化建设;(3)医养结合,低龄老人以养带医,高龄老人以医带养,伴随年龄的增长,对可及的医疗服务的需求日益增加,需要适时嵌入慢病管理、康复、护理、临终纾解等服务;老年人发生意外和危及事件的概率较大,养老服务特别是老年医疗服务需要就近生产和及时派送,呼叫系统、社区养老和养老社区应运而生;(4)社会性,伴随人口老龄化,可能有 1/5、1/4、1/3 人口需要养老服务,规模之大是其他服务业所不能比较的;需要国家和社会进行总动员,建立政府、企业、社会组织、家庭、居民之间的合作机制和社会文化;以及适老环境建设,以支持老年人参与社会和生活自理;(5)低成本,老年人属于弱势群体,服务需求大于购买能力;一方面,老年人需要低成本的,但高质量的综合性服务;另一方面,老年人更加需要资产管理和理财服务,以提高他们的购买力。

1991年12月16日通过的《联合国老年人保护原则》,鼓励各国政府尽可能将保护

老人的五大原则纳入本国国家发展规划,即自立(independence)、参与(participation)、照顾(care)、自我充实(self-fulfillment)和尊严(dignity)。人口老龄化是经济发达和社会进步的结果,无论家庭照料还是专业护理,都应当遵循这些原则对待老年人,这是人类进入老龄社会的基本伦理。

### 3.1.2 社会医养服务的内容和分类

以照料和护理为主要内容的社会医养服务涉及精神、服务和物质三大领域。2002年,第二次世界大会通过的《马德里老龄问题国际行动计划》,提出了三个优先发展领域(见表3-1),包括促进老年人参与社会发展(精神慰藉)、保障老年人健康和福祉(生活扶住)、建设适老的生活环境(物质供给)。

表 3-1 养老服务需求的种类

种 类	项 目	内 容
精神产品	权益保护	法律、法规、制度
	家庭养老文化	孝道
	社会共识	尊老重老
	艺术产品	影视、图书、媒体
服务产品	家政服务	洗漱、清扫、做饭、购物
	保健护理	诊疗治疗、临终关怀
	咨询服务	心理保健、婚姻、就业
	旅游娱乐	旅行、舞厅、农家、种植
	社交服务	老年大学、职业兴趣培训
	权益管理	养老、医疗、住房、保险
	金融服务	理财、保险、遗产处理
	法律援助	赡养、财产保护
物质产品	救助	基本生活
	日用产品	饮食、用具、服装
	家居用品	床、手杖、便桶、行动器
	信息产品	传感器、呼叫器、警报器
	医疗保健	保健品、药品、器械设备
	房地产	规划设计、地产建筑、公寓

2008年,全国老龄办发布的《我国城市居家养老服务研究报告》数据显示:需要家政服务的为25.22%,护理的为18.4%,托老所日间看护的为18.9%,保健和临终慰藉

的为 36.8%，精神慰藉服务的为 13.79%。<sup>①</sup> 满足医养服务需求需要物质保障，一是服装、饮食、餐具、行动器具以及其他方便老人的专用品，如手杖、座椅式便桶，升降式轮椅或床、洗浴器、呼叫器或警报器等；老年人的日常生活用品业需要在需求调研的基础上进行专门的设计与开发；二是适合老年人生活的建筑和设施，如老年公寓、托老所、老年俱乐部、老年学校、老年护理医院、老年专用交通通道、老年专用座位等；更需要人力资源和亲情服务，如十方缘公益基金支持的老年人心灵呵护服务；包括社工、家庭医生、社区卫生医疗服务中心、医养护工和义工时间银行制度的支持。

### 3.1.3 以居家养老为核心的制度安排

亲情圈从配偶、子女、亲戚、邻里、朋友、同事等向外延伸。落叶归根，越老越依恋亲情，居家养老是东西方各民族的首选。2002年的《马德里老龄问题国际行动计划》提出了“就地养老”的原则，让老年人留在原处(stay up)，借助位于本地社区内、由社区提供的正式和非正式的健康与社会关怀服务实现居家养老。

#### 3.1.3.1 家庭养老

家庭养老是基于血缘关系和三代、四代大家庭，依赖子女赡养、扶住和提供全部服务的传统养老方式。家庭养老以土地资源束缚劳动力的农耕经济为社会基础，进入信息社会后，人员流动、就业压力和代际异地生活越来越多，少子化、家庭小型化，家庭难以独立承担全部养老功能，需要发展社会养老服务加以补充。

2010年中国人口复查数据显示：人均子女数为3.2个，其中城市为2.7个，农村为3.6个。城市里三代户、两户、隔代户占比分别为22.9%、12.2%、4.1%。空巢家庭比例为54%，其中独居老人8.6%，夫妇户45.4%。总之，城市家庭结构和规模越来越小，传统的几代同堂的大家庭逐年减少。子女数减少、住房市场化、独立居住生活方式、人口流动性增强等因素导致空巢家庭老人不断增多。

#### 3.1.3.2 居家养老

居家养老不同于家庭养老。居家养老即指嵌入(Embedded)社会养老服务的家庭养老，是家庭养老和社会养老相结合的产物。情感纽带具有从内向外的依赖圈，即配偶、子女、亲友、朋友、社会工作者和专业人士及其专业机构等，由此决定90%以上老年人选择居家养老。一般情况下，选择离家养老有两个原因。一是前面的情感纽带一个一个地断了，为了克服孤独需要找朋友组成一个特殊的家庭；二是需要家庭不能提供的专业服务，不得不去专业机构。为此，我国正在按照“居家养老为主、社区服务为辅、机构养老为依托”的模式构建养老服务体系。通过嵌入养老服务(包括社区服务)来满足居家养老需求。在老年人遇到孤独、需要失能护理和临终纾解服务时，再离家进入养老机构。OECD成员国的资料显示，65岁以上老年人有12.9%接受了护理服务，其中70%是在家庭中实现的。

家庭是社会的细胞，家庭关系稳定则社会稳定。居家养老具有如下优势：一是代

<sup>①</sup> 全国老龄工作委员会：《中国城市居家养老服务研究报告》，2008。

际同居或就近居住,子女照顾父母,代际亲情永在,可以提高社会文明程度;二是父母在力所能及时帮助子女照顾孙子和料理家务,在享有天伦之乐时,尚可降低生活成本、提高老年人在家庭中的地位;三是共同经营家庭可以提高养老服务的购买力和家庭幸福指数。西方发达国家曾经大规模举办养老机构和鼓励老人离家养老,即“补砖头”;后来,日益增加的机构养老成本和疏远的亲情,使这些国家意识到需要鼓励老人回家养老,政府开始为居家养老提供补贴,即“补人头”,以美国派送医养服务的PACE模式为例,可以降低成本25%。中国素有孝道文化,应当积极将社会养老服务嵌入居家养老,避免盲目发展机构养老。

此外,邻里好友互助养老(媒体称其为“扎堆养老”,见专栏3-1)、家庭组合养老(两代兄弟姐妹回归大家庭)、亲情住宅(家人比邻而居)等均具有家庭特征,属于居家养老的延伸。德国十分鼓励同居养老,民政部门 and 大学服务中心,主动介绍租房的大学生和孤独老人同居,根据同居协议,房费很低或者免收,大学生要承担聊天、采购、打扫花园等工作。

### 专栏 3-1 邻里互助养老

住在北方某城市军队干休所的几位孤寡老人,他们的老伴先走了,子女在部队或在外地工作,有的子女甚至定居国外。孤独寂寞感和生活中的困难越来越多,一位老人生病起不了床,居然3天滴水未进,是干休所医生含着泪水为老人煮稀饭。终于有人提出互助养老的建议,让老人们共同居住2个单元,其余单元出租,租金用来支付候鸟生活的费用,半年居住南方,半年居住北方。这个建议得到几位老人的赞同和干休所的支持,干休所帮助他们订立协议和管理出租房屋。如今老人们互敬互爱地生活着,身体状况和精神状态很好。

#### 3.1.3.3 社区养老

社区养老即指以社区为养老服务生产和供给单位,将餐饮、日间照料、家政服务、精神慰藉、保健康复、失能护理等服务嵌入家庭,从而支持居家养老的社会活动和产业经济。

在自给自足的农业社会里,几乎没有社区概念。在工业社会里,社会结构主要是“家庭—工作单位—市政府”,社区是政府派出机构为非就业人员提供服务的地方,是社会组织活动的地方,欧洲社会人和人习惯于保持距离、中国社会以工作单位为核心,社区仅为现代社会中的非正规组织单元。社区养老服务的出现,打破了独居门户的家庭概念,社区具有扶住家庭提供养老服务和代理政府组织社会服务的功能(见专栏3-2),社区在现代社会结构中的地位和作用越来越重要。

### 专栏 3-2 香港湾仔社区老年日间护理中心

社区像一个分工合理、理家有方的四代同堂大家庭;又像政府工作的末端,一些身着工作服的工作人在做日间检查和纠纷调解。在香港湾仔社区里可以见到不同年龄组的居民在履行各自的职责。上午10:00配餐和物流公司的工人(20~30岁)将配餐原材料送进位于富豪酒店二层的厨房,50~60岁的职工(有园丁、有义

工)在厨房开始工作;12:00 社区 60~80 岁老人陆陆续续来到三楼餐厅吃饭,手里拎着一个口袋;餐后领到 2~4 份餐盒,送往邻里的卧床老人处(义工),他们高兴地说:“今天有人需要我,明天有人为我服务”(义工背后有记录服务转换权益的“时间银行”)。70~90 岁卧床老人多数住在小型老年护理院里,院长多为 40~50 岁的人(养老院的园丁),主要负责照顾老人起居、喝水、吃药、康复护理等,不设厨房和洗衣房。护工与被服务人的人头比为 1:5~1:10,院长和护工的收入都不错。

在中国,街道办事处是政府的派出机构,居委会是居民的自治组织,这些制度安排为政府推动社区养老奠定了基础。在积极应对老龄化和健康城市建设中,街道办事处具有接受养老服务嵌入和提供养老服务嵌入的转换机构,对嵌入养老服务社区的发展,具有积极的作用。以上海长者照护之家为例,是老年人就近提供集中照护服务的社区托养机构,一般采取小区嵌入式设置,辐射周边社区。按照上海市政府发布的《关于加快发展养老服务业推进社会养老服务体系建设的实施意见》中关于“因地制宜兴办家庭化、小型化养老机构”的要求,上海市民政局在部分街镇开展“长者照护之家”试点,调动社区资源,因地制宜地发展社区托养机构,满足老年人社区就近养老服务的需求。长者照护之家能缓解家庭照料的压力和就近养老的困境,让长者在继续维系原有社区关系的同时获得机构式的照护。但存在投资大、回报小,成本高、利润低,收支难以平衡、高度依赖政府支持等问题。

#### 3.1.3.4 养老社区

养老社区即指嵌入养老服务的、易于居家养老的社区。系统的医养服务为居家养老提供了更加优越的条件,属于更高级的居家养老。在中国,目前养老社区包括地产商和保险公司新建的养老社区,政府支持的旧区改造型养老社区。养老社区与社区养老的不同之处在于,前者是为养老而建设的社区,后者是医养服务的供给主体之一。养老社区更加适老化,伴随养老社区的扩展,有利于建设老年友好型城市。

位于北京昌平的泰康之家·燕园(以下简称“泰康之家”)即典型的养老社区,引入了 CCRC 养老模式,将日间照料、康复、护理、资产管理结合起来,逐渐被社会所认同。有老人卖掉原有住房,租到租期 50 年的养老房,享受方便可及的养老服务。

#### 3.1.3.5 机构养老

机构养老即指为解决孤独、贫困,以及嵌入康复、护理、急症治疗、慢病管理和临终纾解的服务需求设立的机构,以满足因故离家养老的需要。但是,即使是专业的医疗机构,也不能生产全部养老服务,他们需要餐饮、洗涤、急症处理、法律纠纷调解等多种服务的嵌入,才能降低成本和提高质量。在城市社会建设、医疗卫生、交通购物等规划中,要为发展机构养老创造条件。

机构养老以满足护理需求为主,以克服孤独和扶助贫困为辅。有统计数据显示,在 2014 年年底,民政部门提供的养老床位空床率高达 48%,<sup>①</sup>究其原因主要在于缺乏慢性病管理、病后康复、理疗护理、急症处理和临终纾解等服务。2007 年全国老龄委调查

<sup>①</sup> 根据国家统计局发布的《2014 年国民经济和社会发展统计公报》统计结果计算得出。

数据显示,城市老年人愿意入住养老机构的占 16.1%,农村地区老年人中愿意入住养老机构的占 15.2%。<sup>①</sup> 2014 年 1 月 7 日,国家统计局北京调查总队发布的《北京市养老机构及入住老人调查报告》的数据显示,87.8%的受访老人自愿去机构养老,被子女送到养老机构的占比仅为 2.5%,无依靠、不得不来的占 9.2%,其他原因占 0.5%。当问到老人们入住养老院的原因时,在家没人照顾的占 63.5%、减轻子女负担的占 47.8%、享受专业服务的占 33.8%、和同龄人易沟通交流的占 27%。<sup>②</sup>

### 3.1.3.6 “互联网+养老”

“互联网+养老”也称虚拟养老,是一种典型的嵌入式服务。一是支持产品设计和智能健康产品创新与应用,推广全面量化健康生活新方式;二是建立数据平台,鼓励健康服务机构利用云计算、大数据等技术搭建公共信息平台,提供长期跟踪、预测预警的个性化健康管理服务;三是发展第三方在线服务,包括健康市场调查、咨询评价、预防管理等应用服务。如果依托现有互联网资源和社会力量,以社区为基础,搭建养老信息服务网络平台,鼓励养老服务机构应用基于移动互联网的便携式体检、紧急呼叫监控等设备,可以大大提高养老服务水平。以上海友康信息科技有限公司为例,<sup>③</sup>是一家提供老年及智障人士服务产品的民营高科技企业,通过整合云计算、移动互联网、IT 技术、数据交换平台、呼叫中心等尖端科技,主要提供电话主动关爱、紧急救助、定位服务、电子围栏、代购代办、信息发布、俱乐部服务等,加入后台服务的各类组织已达 500 余家,内容涉及生活服务类、维修类、文化娱乐类、医疗类、法律服务类、机构养老类、教育类、就餐类、特需服务类等十大类 53 项服务,面向全上海市 1 000 多万老年人提供各类有偿服务派送,同时承接政府委托的各项养老服务,目前公司在线会员 28 万以上。

### 3.1.3.7 老年友好城市

老年友好城市即指嵌入各类医养服务的,适合健康长寿和老年人社会参与的城市,健康长寿城市。老年友好城市应当根据世界卫生组织《全球老年友好城市建设指南》和《阳光老年行动计划》提出的主体进行建设,通过政策、服务、场所和设施方面的支持,促使人们以积极态度面对老年,即参与(Participation)、健康(Health)和安全(Security)。这是人类物质丰富和精神文明达到一定境界的体现。2016 年 10 月,全国老龄办发布由全国老龄办、国家发展改革委、财政部、国土资源部、住房城乡建设部、交通运输部等 25 个部委共同制定的《关于推进老年宜居环境建设的指导意见》,该意见明确了四项目标:一是老年宜居环境理念普遍树立。老年群体的特性和需求得到充分考虑,形成人人关注、全民参与老年宜居环境建设的良好社会氛围。二是老年人保持健康、活力、独立的软硬件环境不断优化。适宜老年人的居住环境、安全保障、社区支持、家庭氛围、人文环境持续改善。三是老年人融入社会、参与社会的障碍不断消除。老年人信息交流、尊重与包容、自我价值实现的有利环境逐渐形成。四是各地普遍开展老年宜居环境建

<sup>①</sup> 全国老龄委:《中国城乡老年人口状况追踪调查》,2007。

<sup>②</sup> 国家统计局:《北京市养老机构及入住老人调查报告》,2014。

<sup>③</sup> 参见中国经济社会理事会、全国政协、清华大学就业与社会保障研究中心参与,赴北京、上海、江苏调研报告《制约城镇养老服务产业发展的突出问题》,2015 年 6 月。

设工作,形成一批各具特色的老年友好城市、老年宜居社区。这是我国发布的第一个老年宜居环境建设指导意见。

## 3.2 嵌入式医养服务需求与供给

### 3.2.1 医养服务定义

医养服务即指嵌入医疗、康复、护理和临终纾解等项目的养老照护服务的总称(见专栏 3-3 和专栏 3-4)。低龄老人以养带医、高龄老人以医带养,伴随国民人均寿命的延长,需要照护的人数不断增加,对国家医疗卫生、老年照护的管理体制运行机制提出了挑战。为此,国际社会做出一系列公约以指导各国制定发展规划,改善医疗卫生和老年照护体系。

为提高老龄人口的健康生活机能,很多国家在进入深度老龄社会之前,完善了分级诊疗和分级付费制度、家庭医生和双向转诊制度、老年照护服务体系,向老年人提供可及的、安全的、可支付的医养服务。为了提高老龄人口对医养服务的购买力,有些国家适时地建立了长期护理保险计划(见表 3-2)。

#### 专栏 3-3 英国适应深度老龄社会的医养服务体系

在 1997—2010 年间进入深度老龄社会后期,英国工党大幅度改革 NHS 的管理体制和成本控制。将全国划分为 10 个医疗卫生服务战略区域战略,并设立管理机构(Strategic health authority, SHA),制定本区域内医疗卫生发展战略和工作计划;设立医疗服务基金受托人,医疗服务标准和绩效评估办法;设立 151 个地区初级服务区和护理受托基金(Primary care trust, PCT),与全科医生签约(GP),全科医生与居民签约,承担初级护理和社区诊疗。每个全科医生可以签约 2 000 人,获得人头费;作为客户的家庭医生,可以按照统一价格表收取诊疗费等。

#### 专栏 3-4 德国适应深度老龄社会的医养服务体系

1950 年,在国家进入老龄社会之后,德国政府根据老龄社会的常态建设医疗服务体系,包括家庭医生(私营门诊)、医院、康复院和护理院。医院由政府投资建设,分别由政府经营(公立)、教会经营(非营利)和私人经营(营利),包括二级专科医院和三级疑难杂症医院。在 2010 年进入深度老龄社会时,德国 65% 以上高龄女性和 40% 以上高龄男性老年人需要护理,护理院非常发达和普及,护理服务明码标价,价格不菲,从业者很多。2011 年 10 月,德国通过《护理法修正案》,在职职工可用 50% 的工作时间在家护理老人,领取 70% 工资。年满 18 岁公民可以利用公休日和节假日义务为老年人服务,换取自己老年后获得他人服务的时间记录(这被称为“时间银行”)。

德国《老年护理保险法》于 1995 年 1 月 1 日正式实施,日本于 2000 年 4 月 1 日开始实施老年社会护理保险制度,二者均于深度老龄社会向超级老龄社会过渡期间建立的这项制度(见表 3-2)。其中,德国于进入超级老龄社会前 10 年(1995 年)建立护理险

制度,日本于进入超级老龄社会前15年(2000年)建立该制度,两国届时的老龄化比例(65岁以上人口占总人口的比例)分别为德国18.7%、日本17.3%。

表 3-2 部分国家老年护理保险制度实行年度和人口老龄化程度与阶段<sup>①</sup>

国家	实行时间 (年)	老龄化 程度(%)	赡养比 (%)	75岁以上 高龄率(%)	所处阶段	人均 GDP (美元)
以色列	1988	8.9	17.9	15.84	进入老龄化—深度老龄化过渡期	12 708
奥地利	1994	18.3	28.27	31.1	深度老龄化—超级老龄化过渡期	17 753
德国	1995	18.7	28.42	30.59	深度老龄化—超级老龄化过渡期	17 299
日本	2000	17.2	30.64	29.9	深度老龄化—超级老龄化过渡期	20 738

### 3.2.2 我国医养服务需求快速增长

通过观察老龄人口就诊率、住院率和医疗服务利用情况分析老龄人口的医疗服务需求。Berhanu 等人利用 2004 年美国密歇根州数据所做的研究表明,样本群体老年时期消耗的医疗费用占一生中医疗费用消耗的一半,85 岁以上老年人在余生中消耗的医疗费用占一生中医疗费用 1/3 以上。<sup>②</sup> Culter 和 Meara 对美国 1953—1987 年分年龄组的医疗费用的统计分析显示,新出生婴儿和 65 岁以上老人的医疗费用增长率显著高于其他年龄组。<sup>③</sup> 国内学者饶克勤等,利用 1993—1998 年间的国家卫生服务调查数据的研究结果显示,如果医疗服务价格不变,人口老龄化单独作用将带来年度医疗费用增长 1.54%。<sup>④</sup>

医养服务需求的重点是高龄失能期间的康复与护理,特别是康复可能性很小的长期护理与临终纾解服务。在 OECD 国家中,接受长期老年护理服务的人占总人口的 2.3%(图 3-1)。<sup>⑤</sup> 其中,波兰为 0.2%、美国为 0.5%、爱尔兰为 0.5%、奥地利为 5.1%、瑞典为 4.2%、瑞士为 3.9%。北欧福利国家有公办护理机构,受益人群相对多。65 岁以上老人中约有 12.9% 的有长期护理,多数是居家护理,并非在机构里。23 个国家数据显示:超过 70% 的老年人愿意居家护理,以 80 岁以上女性老年人为主。

全国老龄办发布的《中国城乡老年人口状况追踪调查(2007)》数据显示,城市老年人生活能够完全自理的占 85.4%,部分自理的占 9.6%,完全不能自理的老年人占 5.0%;农村老年人生活能够完全自理的占 79.0%,部分自理的占 14.1%,完全不能自

<sup>①</sup> 资料来源:联合国 2010 年人口展望数据、清华大学就业与社会保障研究中心、IMF。

<sup>②</sup> Berhanu Alemayehu, Kenneth Warner(2004). The life time distribution of health care costs. Health service research, 2004, 39(3): pp. 627-643.

<sup>③</sup> David Culter, Ellan Meara(1998). The medical costs of the young and old: a forty year perspective. National Bureau of Economics Research working paper. 6114.

<sup>④</sup> 饶克勤,尹力,刘远立:《中国居民健康转型》,《卫生服务需求变化及其对经济、社会发展的影响》,中国卫生经济,2000(10)。

<sup>⑤</sup> 数据来源:OECD Demographic and Labor Force Projections Database。



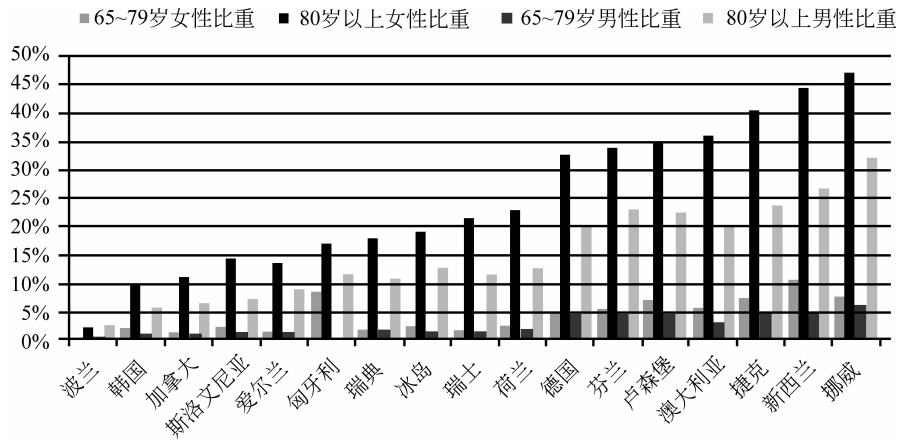


图 3-1 OECD 国家分年龄阶段长期护理受益人占比

理的老年人占 6.9%。南开大学课题组根据我国未来人口预测数据以及老年人生活自理程度数据,对未来 40 年我国老年长期护理需求人口数量进行了预测(见表 3-3)。

表 3-3 2010—2050 年我国老年长期护理需求人数预测

年份	长期护理需求人数(万人)	定基增长速度(%)
2010	1 287	100.00
2015	1 573	122.22
2020	1 832	142.35
2025	2 178	169.23
2030	2 627	204.12
2035	2 990	232.32
2040	3 146	244.44
2045	3 210	249.42
2050	3 331	258.82

1993—2008 年间 5 次全国卫生服务调查报告数据显示:全国 65 岁以上老年人口住院率从 61%增加到 153.2%,增幅达 151.1%,且主要在二级甲等以上医院;全体人口住院率从 35.6%增加到 68.4%,升幅为 92.1%。<sup>①</sup>

### 3.2.3 我国医养服务供需矛盾日益凸显

老年人需要可及的、低成本的医养服务;家庭医生如同养老金一样重要。截至 2015 年,我国医养服务的供需矛盾比较突出。一方面是床位不足。截至 2014 年年底,

<sup>①</sup> 数据来源:《2013 年中国卫生统计年鉴》,卫生部统计信息中心编。

我国已有各类养老服务床位 551.4 万张,每千名老人拥有床位 26 张;按每千名老年人拥有 50 张养老床位的数量计算,到 2030 年和 2050 年,养老床位需求量将分别达到 1 850 万张和 2 400 万张。目前,70%以上的乡镇敬老院床位主要用于收住农村五保供养对象,难以满足其他社会老人日益增长的生活照料、康复护理、精神慰藉、临终关怀等服务需求。另一方面是空床率趋高。截至 2014 年年底,现有养老服务床位的空床率达到 48%以上,一些大医院住不起、回家活不了的临终老人亟待安置,这些床位又缺乏相应的医疗、护理、康复和临终纾解服务。

### 3.2.4 建立医养服务体系亟待解决的关键问题

一是理顺管理体制,建立财政、卫计、人社和民政联动机制,打开养老机构与医疗机构之间的通道;二是完善分级诊疗制度,支持家庭医生成长,将医养服务嵌入家庭和社区。事实证明,对社区医疗服务机构和家庭医生实行“收支两条线和基本药品目录”的管理方式是不可行的,家庭医生应当从政府获得公共卫生和计划生育服务的人头费、从医疗保险基金获得慢病管理服务包的补偿、由患者支付个性化服务费(如陪诊、出诊等);三是大力培养嵌入式医养服务机构和管理人才及技术人员。目前全国城乡失能和半失能老年人已超过 3 650 万人,需要长期照料的失能老年人的影响面涉及一亿多户家庭和亲属<sup>①</sup>,即使按照平均 1 人照顾 1.5 个人的低标准(1:1.5)配备管理和服务人员,2015 年需要 2 543 万护理人员,到 2030 年需要 4 442 万护理人员(见表 3-4)。目前仅有几十万从业人员;养老服务业平均月工资仅为 2 332.4 元,很多机构还没有为职工参加社会保险,因此不能鼓励更多专业人才参与医养服务;亟待建立医养护理专业、晋级及其薪酬制度;四是改革财政预算和医疗保险基金的支付方式,根据专科医生临床路径建立诊断分型(DRGs)评价和预付(PPS)的补偿机制,根据家庭慢病管理和保健服务包建立项目和疗效结合的补偿机制;五是设法提高老龄人口购买服务的能力。目前,中国老龄人口消费不足(见图 1-4),主要原因如下:(1)养老积累不足,且习惯于自己动手和节俭持家,花钱买服务的观念比较弱;(2)缺乏为自己的理财规划,很多老人将积累用于支持孩子们念书、买房和一家人看大病,为自己购买服务时却很少花钱;(3)识别能力

表 3-4 低标准配备护理人员需求预测

年份	护理完全自理老人 (万人)	护理部分自理老人 (万人)	护理完全不能自理老人 (万人)	合计需要护理人员 (万人)
2010	1 216	360	481	2 057
2015	1 508	444	592	2 543
2020	1 922	561	750	3 234
2025	2 215	640	856	3 711
2030	2 661	761	1 020	4 442

<sup>①</sup> 数据来源:《2013 年中国卫生统计年鉴》,卫生部统计信息中心编。