

“医养结合” 养老服务体系

主 审 鲍 勇
主 编 郭丽君

Treat-Care Combination
Pension Service System



科学出版社

“医养结合”养老服务体系

Treat-Care Combination Pension Service System

主 审 鲍 勇

主 编 郭丽君

副主编 吕本艳



科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书以系统的视角,阐述了我国“医养结合”养老服务体系运行中存在于理念、服务主体、服务内容及管理机制中的焦点问题,明确了应以适度普惠,多元共担、降成本、补短板、提质量为原则构建我国的“医养结合”养老服务体系,并在此基础上,提出了解决我国“医养结合”养老服务体系构建的合理化建议。同时,本书拓宽了“医养结合”养老服务体系的研究视野,丰富了系统理论的研究。

本书可作为政府政策决策人员及执行人员、养老产业管理者及从业人员、养老服务管理人员及从业人员、养老服务教育人员及研究人员、养老服务机构从业人员等重要的参考工具。

图书在版编目(CIP)数据

“医养结合”养老服务体系 / 郭丽君主编. —北京: 科学出版社, 2019.3
ISBN 978-7-03-060914-4

I. ①医… II. ①郭… III. ①养老—社会服务—研究—中国 IV. ①D669.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2019)第 051334 号

责任编辑: 丁慧颖 / 责任校对: 张小霞
责任印制: 赵 博 / 封面设计: 吴朝洪

科 学 出 版 社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

天津文林印务有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2019 年 3 月第 一 版 开本: 720×1000 1/16

2019 年 3 月第一次印刷 印张: 12 3/4

字数: 238 000

定价: 68.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

主 编 简 介

郭丽君，名古屋大学健康社会医学系博士，上海健康医学院副教授、硕士研究生导师。

长期从事慢病的健康管理等教学与研究。先后主持或参与完成原卫生部、国家发展和改革委员会、民政部、国际交流中心等科技项目 20 余项。先后获得省科技成果奖 11 项。先后发表 SCI 等论文 30 余篇，出版专著和教材 8 部。

兼任中华医学会健康管理学分会第四届委员会教育与培训学组委员、中华预防医学会健康科普专家委员会委员、中华预防医学会卫生保健分会第三届委员会委员、世界中医药学会联合会医养结合专业委员会第一届理事，中国卫生政策与管理教学研究会第一至五届理事，上海市中西医结合学会第二届社区医学专业委员会常务委员、《健康时报》专家咨询委员会委员。



序

欧美等发达国家的养老服务起步较早，经过多年的经验积累和改进，其管理体制、法律法规等更为完善，使得养老服务业能够在一个良好的社会环境中运作。在市场经济的推进作用下，国外养老服务业更趋向于结合老年人的身体状况、收入水平等个体差异，提供专业的人性化服务。根据老年人的入住需求，提供不同层次的差异化养老服务。依据老年人需要的护理程度进行护理分级，对不同老年人进行分级照护，使老年人更加能感受到亲近、面对面的家庭式服务的温馨。

在运营上，国外养老机构大多是私营或非营利组织运营管理，由于“医养结合”养老机构前期投入较大，我国可以借鉴国外通过建立相关标准，采取公办民营、服务多元化、差异化等形式，充分结合老年人的经济状况、身体状况、个人服务要求等提供相应服务。同时，国外养老服务开始向产业化发展，在做好养老服务的基础上，将老年用品、老年健康、老年旅游工作等向产业化发展，不仅创造了一定的经济效益，还促进了养老事业的发展进步。

从长期照护服务的筹资机制来看，当前最主要的模式有两种：一是以税收为基础的长期照护服务筹资模式（tax-based model），如英国、美国等；二是社会保险模式的长期照护服务筹资模式（social insurance model），如新加坡、日本等。不同福利模式国家分别遵守贝弗里奇思想和俾斯麦福利思想，不同的老年长期照护制度在覆盖范围、筹资模式、管理主体、政府责任等方面都有差异。

我国现有的长期照护服务有两种类型。一是面向城乡低收入老年人的社会救助制度，由政府发放救助型养老金，对于无人赡养的农村“五保户”和城市“三无老人”，政府投资建设养老服务机构，集中收住这些老年人，提供免费食宿。二是面向退休老年人的社会保险制度，这些人加入养老保险体系，在满足资格条件和缴费要求之后，可以从社会养老基金中领取养老金，然后根据个人需要向社会机构购买养老服务。目前，一些地方政府出台政策向高龄老年人发放护理津贴，但覆盖人群和待遇水平非常有限。我国的长期照护服务并没有制度化，没有独立的运作系统，也没有关于老年人长期照护服务的筹资模式、给付方式和管理责任方面的制度性规定。因此，国外长期照护服务制度模式和运行规律具有非常重要的借鉴意义。



前 言

“医养结合”养老服务模式，是对传统养老服务模式的延伸，是在人口老龄化加剧的新时期，人们对养老服务内容之间关系的重新思考。所谓“医养结合”养老服务模式，即老年长期护理保险制度。

“医养结合”养老服务的关键在于理清养老照护和医疗护理的服务项目，并以老人需求变化为核心。但“医养结合”养老服务的实践中，在提供的养老服务内容上，存在着“医养服务”边界界定不清、接收服务对象的定位不明确、“医养结合”养老服务市场未细分、缺乏机构间转诊渠道，以及忽视失能老人在养老服务需求上的特殊性等问题。而在管理机制中还存在着“医养结合”的成本核算系统、支付保障体系、监管标准系统的制度未健全，行业标准与法律制度不完善，以及医疗照护人员总量不足、“医养结合”服务部门间壁垒尚未打破的局面。

为破解制约“医养结合”养老服务发展的政策及制度限制，建立合理的“医养结合”养老服务体系，本书提出的创新政策涵盖“医养结合”养老服务的理念与主体、内容和形式以及管理制度中的诸多建议，如建立多层次、多种类、可流动、规范化、体现公益性与福利性的“医养结合”养老服务体系；建立“医养结合”成本核算系统、支付保障系统、监管系统、评估系统、信息系统；建立“医养结合”养老人才储备系统、与劳动付出相符的薪酬系统；成立国家健康照护管理委员会，捋顺多头管理，避免各种道德风险出现。

非常感谢中国国际交流中心副理事长、全国政协教科文卫体委员会副主任马德秀，上海交通大学国家健康产业研究院院长鲍勇，上海交通大学老年长期照护研究所所长章晓懿和中国国际交流中心产业规划部副研究员张瑾的指导和帮助使得本书能够顺利完成。

本书还得到下列课题基金的大力支持：中国国际经济交流中心重大课题（科研合同书[2017年4月]）；上海市教育卫生工作委员会（2018上海市高校智库内涵建设计划[2018年6月21日]）；上海市卫生和计划生育委员会（201640338）；上海市卫生和计划生育委员会第四轮公共卫生三年行动计划重点学科建设计划（沪卫计科教〔2016〕3号）；河南省科技厅（162102310118）；上海交通大学医学院虹桥国际医学研究院（同仁医发〔2014〕79号）；上海健康医学院种子基金（上健医校[E3-0200-17-201121]），在此一并致谢。

郭丽君

目 录

第一部分 “医养结合”养老服务体系概述

第一章 “医养结合”养老服务体系建设现状	3
第一节 我国“医养结合”养老服务运行现状	3
第二节 “医养结合”养老服务体系研究的目的及意义	12
第二章 “医养结合”养老服务体系研究成果	15
第一节 “医养结合”养老服务体系研究的思路及框架	15
第二节 “医养结合”养老服务体系研究的主要成果	18

第二部分 “医养结合”养老服务体系概念界定及相关理论

第三章 “医养结合”养老服务体系的概念界定及内涵诠释	23
第一节 “医养结合”养老服务体系相关概念	23
第二节 “医养结合”养老服务体系的理念及主客体	26
第三节 “医养结合”养老服务体系的服务内容及形式	27
第四节 “医养结合”养老服务体系的管理机制	33
第四章 “医养结合”养老服务体系建设的相关理论	35
第一节 福利多元主义理论	35
第二节 非政府组织管理理论	36
第三节 准公共产品理论	38
第四节 需求层次理论	40
第五节 社会分层理论	41
第六节 能力贫困理论	42
第七节 协同理论	43

第三部分 国外“医养结合”养老服务体系的成功政策

第五章 国外“医养结合”老年长期护理制度的服务主体	47
第一节 国外“医养结合”老年长期护理制度的实施现状	47
第二节 国外“医养结合”老年人长期护理制度的演变	48
第三节 国外“医养结合”老年长期护理制度的服务理念	51
第四节 国外“医养结合”老年服务的服务主体	53
第六章 国外“医养结合”老年长期护理制度的服务内容及形式	58
第一节 英国“医养结合”服务内容及形式	58
第二节 日本“医养结合”服务内容及形式	62
第三节 美国“医养结合”服务内容及形式	65
第四节 新加坡“医养结合”服务内容及形式	70
第七章 国外“医养结合”养老服务的管理机制	73
第一节 国外“医养结合”相关法律与政策	73
第二节 国外“医养结合”的筹资模式、筹资来源	76
第三节 国外“医养结合”监管机制	84
第四节 国外“医养结合”管理机制	87
第五节 国外“医养结合”人才培养机制	89
第六节 国外“医养结合”制度的信息化建设	93
第七节 国外“医养结合”社会支持机制	94
第八章 国外“医养结合”养老服务环境与设备设施	97
第一节 国外“医养结合”养老服务的设施环境	97
第二节 国外“医养结合”养老用品用具	103

第四部分 我国“医养结合”养老服务体系中亟待解决的问题

第九章 我国“医养结合”服务理念和主体中存在的问题	109
第一节 养老服务理念中存在的问题	109

第二节 我国“医养结合”养老服务主体中存在的问题	110
第十章 我国“医养结合”服务内容与形式中存在的问题	112
第一节 服务内容中存在的问题	112
第二节 服务形式中存在的问题	114
第十一章 我国“医养结合”管理制度中存在的问题	115
第一节 “医养结合”行业标准与法律制度不健全	115
第二节 “医养结合”成本核算系统及支付保障系统尚未建立	116
第三节 福利选择逆向化评估机制未建立	118
第四节 “医养结合”监管机制未健全	118
第五节 “医养结合”服务部门间壁垒尚未打破	120
第六节 养老照护人员总量严重不够,社会认可度差	121
第七节 “医养结合”信息网络服务平台不健全	125
第八节 “医养结合”养老服务的社会支持系统不健全	126
第十二章 我国“医养结合”设备设施中存在的问题	127
第一节 “医养结合”养老设施不足,涉老工程建设标准未完善	127
第二节 “医养结合”养老用品种类不足,供给缺口大	129

第五部分 国内外“医养结合”特色养老模式及趋势

第十三章 “医养结合”理念与主体创新政策	133
第一节 创新养老服务理念	133
第二节 调动养老服务主体积极性	136
第十四章 “医养结合”服务内容与形式创新政策	138
第一节 服务内容创新政策	138
第二节 服务形式创新政策	140
第十五章 “医养结合”管理制度中的创新政策	143
第一节 行业标准及法律法规的创新政策	143
第二节 建立成本核算系统与支付保障系统	145

第三节	建立评估机制	146
第四节	建立监管机制	147
第五节	成立“医养结合”卫生健康委员会	148
第六节	建立“医养结合”人才培养及储备机制	150
第七节	建立信息保障系统	153
第八节	建立社会支持系统	157
第十六章	“医养结合”设备设施及养老用品创新政策	161
第一节	完善“医养结合”养老设施的创新政策	161
第二节	丰富“医养结合”养老用品的创新政策	163

第六部分 国内外“医养结合”特色养老模式及趋势

第十七章	我国未来的养老趋势及策略	169
第一节	我国的康养旅居养老趋势	169
第二节	田园+养生+康养养老模式	174
第三节	中国文化+日本技术+美国产业结合的养老策略	177
参考文献		179
附录	2005~2018 年养老服务政策文件	185

第一章 “医养结合”养老服务体系建设的现状

第一节 我国“医养结合”养老服务运行现状

一、我国人口老龄化现状

中国是世界上人口最多的国家，也是人口老龄化速度最快的国家之一。根据国家统计局的数据，截至2019年底，我国60岁及以上人口已达2.54亿，占总人口的18.1%。预计到2030年，我国60岁及以上人口将达到3.5亿，占总人口的25%左右。人口老龄化已成为我国社会发展的重大挑战。

第一部分

“医养结合”养老服务体系概述



第一章 “医养结合”养老服务体系建设的现状

第一节 我国“医养结合”养老服务运行现状

一、我国人口老龄化的现状

根据联合国标准，老龄化社会是指一个地区 60 岁以上老年人口占总人口的 10%及以上或 65 岁以上老年人口占总人口的 7%及以上。联合国官方发布的《世界人口展望（2017 年修订版）》第 25 轮人口估计和预测数据显示，截至 2017 年，世界人口已近 76 亿，到 2050 年将达到 98 亿，2100 年将达到 112 亿。老龄化继续加剧，2017 年全世界 60 岁及以上人口为 9.62 亿，预计 2050 年将达到 21 亿，2100 年将达到 31 亿；所占比重：2017 年为 12.6%，2050 年预计为 21.4%，2100 年预计为 27.7%。2017 年全世界 80 岁以上人口为 1.37 亿，预计 2050 年将增加 2 倍达到 4.25 亿，2100 年将增加近 6 倍达到 9.09 亿；所占比重：2017 年为 1.8%，2050 年预计为 4.3%，2100 年预计为 8.1%，详见图 1-1。

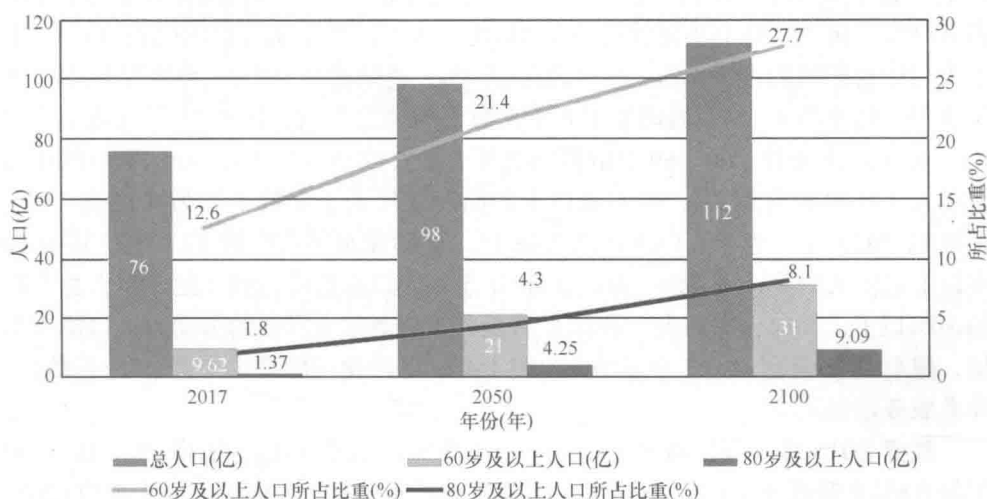


图 1-1 2017 年、2050 年及 2100 年全世界人口数及其所占比重

另据我国民政部和全国老龄工作委员会办公室（全国老龄办）等发布的 2016 年《第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查成果》显示，2012~2016 年，我国 60 岁及以上老年人口持续增加，到 2016 年已达到 2.3 亿，超过了我

国人口总量的 16.7%^[1] (图 1-2)。

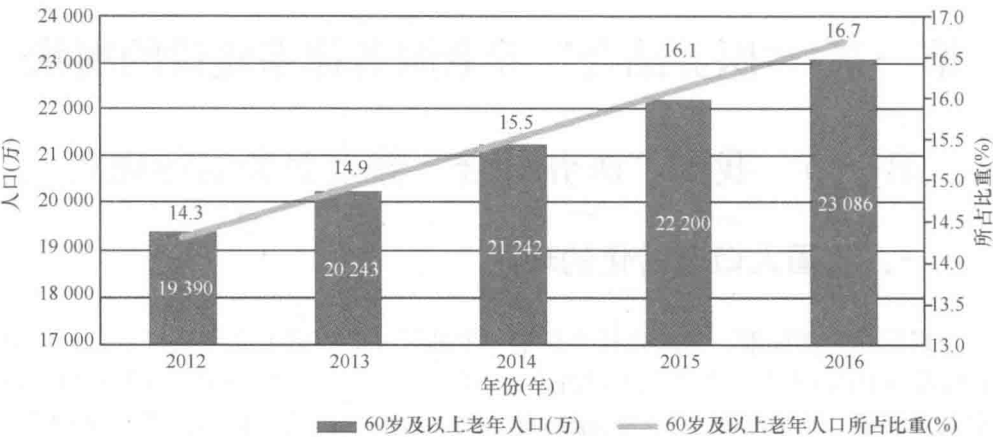


图 1-2 2012~2016 年我国 60 岁及以上老年人口及其所占比重

截至 2015 年，我国失能、半失能老年人约 4063 万，占老年人口总数的 18.3%。城镇老年人口占全国老年人口的 52.0%，农村老年人口占 48.0%。女性老年人口占全国老年人口的 52.2%，男性老年人口占 47.8%。低龄（60~69 岁）老年人口占全国老年人口的 56.1%，中龄（70~79 岁）老年人口占 30.0%，高龄（80 岁及以上）老年人口占 13.9%。老年人口中未上过学的占 29.6%，文化程度为小学的占 41.5%，初中及高中文化程度的占 25.8%，大专及以上学历文化程度的占 3.1%。老年人口中有配偶的占 71.6%，丧偶的占 26.1%，离婚的占 0.8%，其他占 1.5%。老年人口子女数平均为 3.0，城镇老年人口子女数平均为 2.7，农村老年人口子女数平均为 3.3。分年龄组来看，60~69 岁的低龄老年人口子女数平均为 2.5，70~79 岁的中龄老年人口子女数平均为 3.4，80 岁及以上的高龄老年人口子女数平均为 4.1 (图 1-3)。预计到 2020 年，老年人口将达到 2.48 亿，老龄化水平将达到 17.17%，其中 80 岁以上老年人口将达到 3067 万。2050 年老年人口总数将达到 4 亿，将占总人数的 30% 以上。2012~2016 年，我国平均抚养 1 位老年人需要的劳动力人口持续增加，截至 2016 年已达 6.7 个劳动力 (图 1-4)，老龄化问题持续严重，“医养结合”养老服务市场需求巨大。

截至 2015 年，我国城乡老年人自报需要照护服务的比例为 15.3%，比 2000 年的 6.6% 上升近 9 个百分点。其中，社区为老服务中上门看病需求居于首位；2015 年，城乡老年人的居家养老服务需求项目排在前三位的分别是上门看病、上门做家务和康复护理，其比例分别为 38.1%、12.1% 和 11.3%。其他需求，心理咨询或聊天解闷服务为 10.6%，健康教育服务为 10.3%，日间照料服务为 9.4%，助餐服务为 8.5%，助浴服务为 4.5%，老年辅具用品租赁服务为 3.7%。

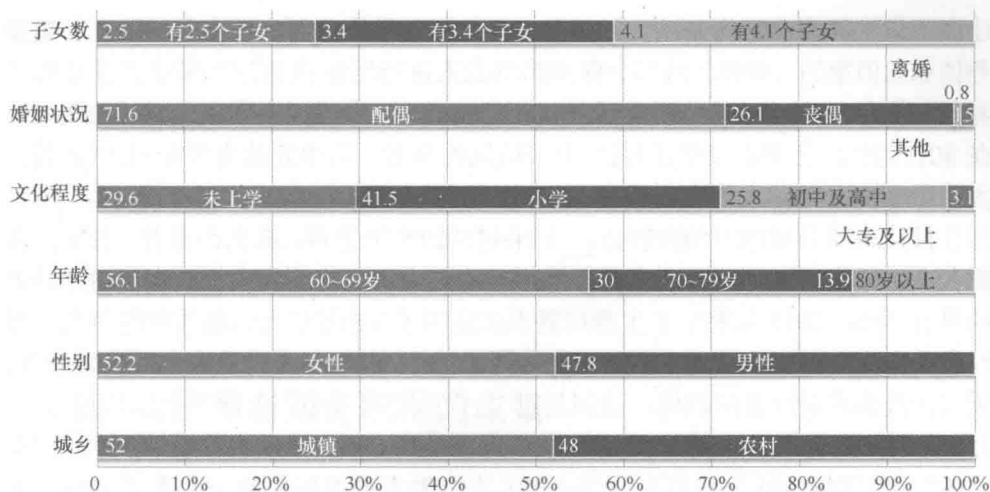


图 1-3 2015 年我国老年人口的社会人口学特征

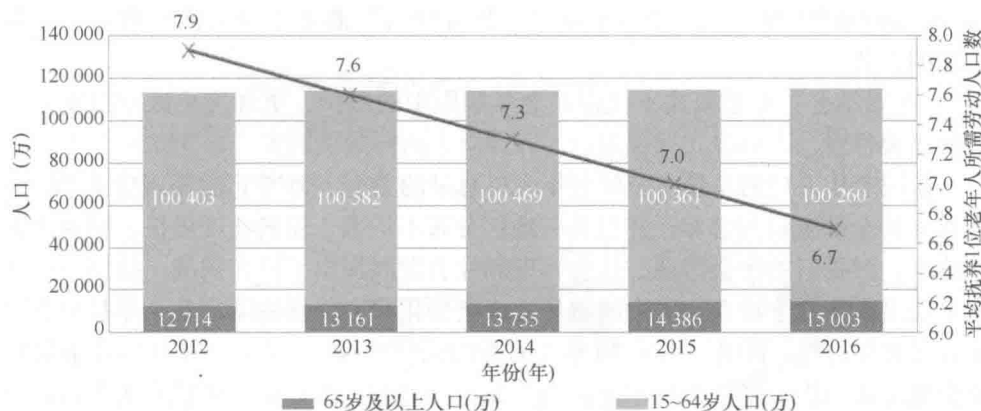


图 1-4 2012~2016 年我国老年人口与劳动力人口数及平均抚养 1 位老年人所需劳动人口数

截至 2015 年，有 65.6% 的老年人使用了老年用品，其中城镇为 71.8%，农村为 59.0%。使用老花镜的比例为 46.8%，使用义齿（假牙）的比例为 27.0%，使用血压计的比例为 14.2%，使用拐杖的比例为 9.3%，使用血糖仪的比例为 3.9%，使用按摩器具的比例为 3.3%，使用轮椅的比例为 1.9%，使用助听器的比例为 1.6%，使用成人纸尿裤或护理垫的比例为 1.0%。

二、我国人口老龄化的特点

20 世纪 80 年代以前，我国的养老方式几乎是单一的家庭养老，到 80 年代中期，相关学者发现我国家庭养老功能开始弱化，于是主张加快发展社会养老，如建立敬老院、养老院等各种公共养老机构。经过多年的大力发展，我国已经初步

建成了以“居家养老为基础,社区养老为依托,机构养老为补充”的社会养老服务体系。国家的“9073”计划,即90%的老人进行居家养老、7%的老人依托社区养老、最后3%的老人进入养老设施进行机构养老。发达国家居家养老的比例一般在80%左右;有5%~15%的老年人采用机构养老,其中北欧为5%~12%,英国大约为10%,美国大约为20%。

目前我国有9000万的残疾人,如果包括脑卒中患者、脑损伤患者、脊髓损伤患者、糖尿病患者、冠心病患者等将达近2亿人,而这些人中得到康复治疗的大约只有20%。2015年我国卫生费用差不多达到了3.8万亿元,而其中约70%的慢性病支出为2.68万亿元。养老虽不能等同于医疗,但老年人是受疾病困扰最严重、康复护理需求最旺盛的群体。我国超过2亿的老年人中,失能老人已达到3300万,完全失能老人已达到1080万,老年人也是高血压、糖尿病等慢性疾病的“重灾区”,我国慢性病患病率为17%,60岁以上人群患病率是一般人群患病率的2.5~3倍。因此,随着老年人群“健康老龄化”观念的转变,随着我国平均预期寿命的不断增加,我国老年人群对“医养结合”养老服务的需求将呈现不断增加的态势。

“医养结合”养老模式不仅强调老年照顾中的照护,更加突出医疗对安全养老的重要性^[2]。

我国老年人口的总量占全球老年人口总量的20%,相当于英国、法国、瑞典、挪威4国全部人口的总和,并且具有地区分布不均衡、发展速度极快、城乡倒置等特点,对我们的社会治理、社会管理和社会发展提出了巨大挑战。我国的老龄化呈现出以下几个特点:①中国跑步进入老龄化社会,发达国家几十年甚至上百年的老龄化进程,我国只用了20年左右的时间就实现了,并且未来还将在老龄化社会里跑步前进,老年人口增量巨大。②地区老龄化不平衡。从第六次人口普查数据来看,辽宁、上海、江苏、四川、重庆、安徽等地60岁以上人口占比已经超过了15%,而青海、宁夏、西藏、新疆等地60岁以上人口占比还未到10%,还未进入老龄化社会。③未富先老。发达国家是在其经济发达、社会文明程度高的情况下进入老龄化社会,而我国在2000年60岁以上人口首次超过10%的时候,人均GDP刚刚达到900美元(1美元≈6.8元人民币)。未富先老也对我国的养老事业提出了更大的挑战,国家应对老龄化的任务更加紧迫。

人口老龄化最早发生在西方发达国家。20世纪后,西欧、北欧、北美等地区的发达国家也继法国、瑞典之后步入了“老龄化”国家队伍。为应对老龄化带来的一系列养老难题,1990年世界银行(WB)提出了“健康老龄化”的战略目标,旨在通过全社会的共同努力以提高老龄群体的生活质量,使老年人群达到生理、心理及社会功能的完美状态,幸福健康地度过晚年。“健康老龄化”的主要目标在于降低老年人失能、半失能发生的概率,延长老年人的自理期^[3]。为实现这一战略目标,国外发达国家出台了具体的政策来转变老年医疗服务理念,并试图通过整合

医疗资源和养老资源,为老人提供综合性、持续性的“医养结合”服务^[4],其中包括关注点从疾病到健康,从笼统的老年阶段到分年龄精细管理,从患者自身到社会和家庭支撑,从老年人群到全人群。同时,催生了国外部分发达国家以整合慢性疾病的医疗服务和照护服务为主要目的的长期护理保险制度的实施^[5]。英国降低家计调查门槛,说明扩大政府支持力度、增强老年人支付能力的重要性;法国的经验教训以及日本的成功案例,说明将慢性病患者人员的医疗照护服务整合到社会养老服务体系是顺应时代发展的必然要求,是资源优化配置的必然结果。以上这些经验都为我国进行“医养结合”的社会养老服务模式提供了依据。

三、我国养老服务取得的成就

进入 21 世纪以来,特别是党的十八大以来,党中央、国务院高度重视老龄工作,把积极应对人口老龄化纳入国家战略,采取了一系列发展老龄事业的政策举措,效果初显。2016 年第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查的显示如下。

(一) 老年人经济状况得到显著改善

2013~2016 年,我国全国居民人均收入、城镇居民人均收入、农村居民人均收入及人均国内生产总值持续增加(图 1-5)^[6]。

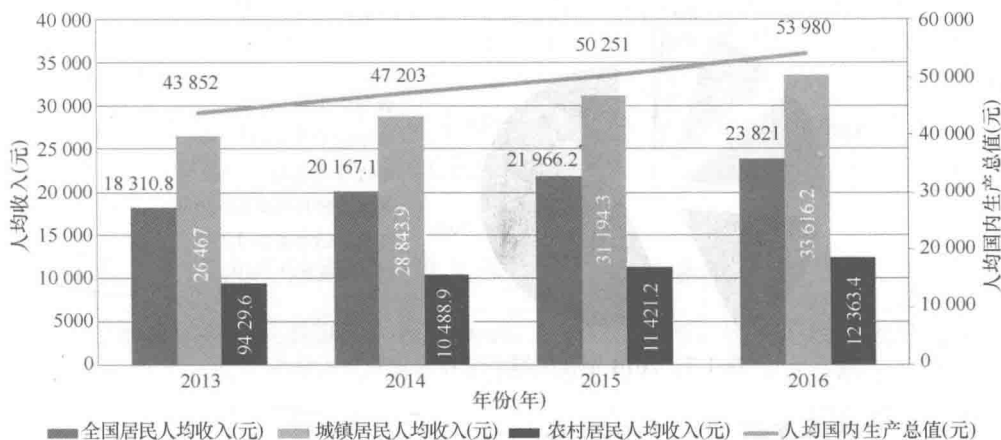


图 1-5 2013~2016 年我国城乡居民人均收入及人均国内生产总值

其中,2014 年我国城镇老年人年人均收入为 23 930 元,农村老年人年人均收入为 7621 元。扣除价格因素,城镇老年人收入年均增长率为 5.9%,农村老年人收入年均增长率为 9.1%,农村老年人收入增长速度快于城镇老年人。2014 年,城镇老年人保障性收入比例为 79.4%,经营性收入、财产性收入、家庭转移性收入等非保障性收入的比例为 20.6%。农村老年人保障性收入比例为 36.0%,