

人口信息

POPULATION INFORMATION

编者按 本期讨论健康老龄化相关议题：剖析政府作为养老责任主体所需要承担的责任及职能；基于大数据分析，探究我国医药卫生和养老体系建设、老年健康产业发展面临的问题及挑战，为我国健康老龄化未来发展方向与政策制定提供策略参考；通过问卷调查上海市长期护理保险服务项目的开展现状及老年人的实际需求，为提升长期护理保险服务提供参考；梳理老年健康服务中的人才培养、思想建设、服务体系构建、疾病防控、意外伤害问题，为更好的进行老年健康服务提供借鉴；比较上海市与部分经济合作与发展组织国家的社区康复资源，分析上海市社区康复资源配置的不足并给予应对参考措施；展示2020年上海市老年人口和老龄事业监测统计信息。

上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）

内部资料 免费交流

上海市连续性内部资料准印证（K）字第0296号

人口信息

(双月刊)

2021年第2期(总第235期)

名誉主编:黄红

孙常敏

肖泽萍

主编:金春林

副主编:黄玉捷

执行副主编:信虹云

目次

• 人口与发展 •

论政府的养老责任..... 穆光宗 (1)

• 本期关注 •

我国健康老龄化的挑战与策略选择..... 葛延风 王列军 冯文猛,等 (7)

• 调研与分析 •

上海市长期护理保险服务项目开展情况调查研究..... 曹宜璠 王常颖 谢春艳,等 (20)

基于服务利用者视角的上海市长期护理保险服务需求研究

..... 谢春艳 程文迪 王常颖,等 (25)

• 卫生与健康 •

重视老年健康服务中的若干问题..... 郑松柏 (34)

• 全球视野 •

上海市社区康复资源现状与国际比较..... 王常颖 程文迪 薛佳,等 (36)

• 人口快讯 •

2020年上海市老年人口和老龄事业监测统计信息..... (42)

论政府的养老责任

穆光宗

（北京大学人口研究所，北京 100871）

我国人口老龄化程度日益严峻。2018 年底，我国 60 岁及以上老年人口达到 2.49 亿人，比 2017 年增加 859 万人，老年人口占总人口的比例达到 17.9%。人口老龄化带来的最大挑战就是养老问题。中国未富先老的国情、老年人口规模世界第一的事实注定养老问题不仅关系到国家全局的发展，而且关系到国民的民生民心民情。应对人口老龄化的挑战已然是一项长期的战略性任务，其中政府和市场的角色与关系是一个不得不关注的重要议题。政府的角色可以用来解决市场解决不了的问题，正因为存在着“市场失灵”，政府才变得格外重要。政府治理现代化的重要标志就是坚持民生导向。根据古今中外的经验，一个有人文关怀的政府扮演的是“安全网”“保护神”和“守夜人”的多重角色。概括地说，政府养老的主要职能是保基本、促普惠、求公正和增福祉。换言之，现代政府的养老责任包括了四个方面，即兜底养老的责任、普惠养老的责任、公平养老的责任和品质养老的责任。养老社会化已然是时代的大趋势，在少子老龄化时代养老风险急剧放大，政府在规避风险方面承担着不可推卸的历史责任和社会义务。在现代社会，养老并不能全靠家庭，国家和社会也应充分发挥其应有的养老功能，共同应对人口老龄化的最大挑战。政府的职责是救助弱小、主持公道、彰显公正与追求卓越，虽然家庭成员的养老责任并不应该弱化，但独生子女家庭能够承担的养老功能确实实是比过去的多子女家庭严重弱化了。目前中国已经开启了社会化养老的新时代，在这个过程中，政府的角色和作用如何发挥离不开对养老责任的厘定。

一、兜底养老的责任

国民的养老安全感来自哪里？就来自政府深入骨髓的自觉的甚至是制度化的养老责任。兜底责任的要义是哪怕最弱势的群体也能被政府的养老安全网保障其基本的社会养老权利，实现老有所养、老有所安。当然，面对有特殊困难的老年群体，政府可能会在不同的系统中采取不同的策略予以应对。政府承担着保民生基本养老福利和养老服务的历史责任，要扮演好养老“安全网”“保护神”和“守夜人”三重角色，使任何一个国民不会因为年老失去劳动能力、自理能力，也不会因为没有儿女抑或儿女困难、儿女不孝而老无所养、老无所依。但在人口众多、未富先老、社会主义尚处初级阶段的中国，因国情所局限，老年人享受的注定是“低水平的养老福利”。儒家的大同社会理想恰如《礼记·礼运篇》所云：“故人不独亲其亲，不独子其子。”

使老有所终,壮有所用,幼有所长,鳏寡孤独废疾者,皆有所养。”孟子曰:“老吾老,以及人之老。”自古以来,针对最弱势人群,政府就承担着最基本的社会养老责任,其突出特点是以社会救助形式帮助最贫弱的老年群体,如贫困无靠、没有子女、因为年老或者残疾失去劳动能力者。保障弱者养老权和生存权就是古代政府体现的民为邦本的仁政追求。古代中国就形成了家庭养老、政府养老和民办(慈善)养老机构并存的养老体系。例如,南朝梁武帝时期开设的“孤独园”,相当于当时的官方养老院,标志着社会养老的开端。唐朝时期官方养老院的规模进一步扩大,那时最重要的官方养老机构是普救病坊,主要用于救济孤苦无依的老人。在传统社会,政府的养老责任是救助式的,养老的主要责任主体始终是家庭、家族和亲属网络,高生育率条件下的多子女状况确保了家庭养老的传统得以延续。新中国成立以来,家庭养老几乎是百姓的唯一选择,我国形成了城镇孤寡救济、农村五保供养的政府包办、城乡分割的救济型老年福利制度。党和政府始终重视孤寡老人的赡养问题,并于 1950 年开始探索建立社会福利制度,改造了大批救济性福利机构(社会福利院或养老院),专门收养“三无”老年人¹以及残疾人。截至 1953 年,全国收养孤老对象 10 万人。1956 年,我国第一个农村敬老院在黑龙江省拜泉县兴华乡创办,到 1958 年底全国共建成 15 万所敬老院,收养五保对象²共 300 万人。截至 1964 年,全国共建成城镇福利机构 733 个,收养城镇“三无”老人近 7.9 万人(刘鹏程, 2019)。改革开放以来,我国为绝对贫困老年人构建了最低生活保障制度。国务院在 2013 年 9 月颁布的《关于加快发展养老服务业的若干意见》(国发〔2013〕35 号)中还强调公办养老机构要发挥兜底作用,重点为“三无”和困难老人服务。政府是公共服务的主要提供者,同时承担着养老福利的兜底责任。在人口老龄化不断加深的现代社会,国民大规模的养老已然是政府不可推卸的社会福利责任。在现代社会,生育率次第下降,加之人口流动导致代际分离,家庭养老功能日趋弱化,社会养老替代家庭养老的养老社会化趋势不可阻挡。在这种情形下,国家养老责任意识亟待提升,政府养老角色需要明确。随着人口老龄化规模的扩大与结构的深化,政府兜底养老的责任也日渐沉重。由于种种原因,社会上出现了新的规模更为庞大的老年弱势群体,如高龄老人、失独老人、空巢老人、独居老人、因病返贫甚至由强变弱的老人、失能失智的老人等。如何规避和降低他们的养老、照料及生存风险是摆在政府面前的新任务、新使命。例如,有学者认为:政府基于社会治理需要、基于承担因政策实施中产生负面影响责任的需要,理应担当起“失独家庭”养老之责任(安群, 2015)。例如,浙江省于 2015 年 10 月 12 日出台了《浙江省卫生计生委等部门关于进一步完善计划生育特殊家庭扶助关怀政策的意见》(浙卫发〔2015〕68 号),以逐步解决浙江省失独家庭老无所养、病无人陪、死无人送的境况。生活不能自理或 70 周岁及以上时,由县(市、区)民政部门指定公办养老机构予以安排和接收;如果身有残疾,也可自愿申请,由县(市、区)残联优先纳入重度残疾人托(安)养服务,并安排残疾人托养机构予以接收和照料;无监护人的孤寡独居对象,经本人同意,由村委会(社区居委会)作为

¹ “三无”老年人指无劳动能力、无生活来源、无赡养人的老年人。

² 五保对象指农村中无劳动能力、无生活来源、无法定赡养扶养义务人或虽有法定赡养扶养义务人,但无赡养扶养能力的老年人、残疾人和未成年人,包括保吃、保穿、保医、保住、保葬(孤儿为保教)。

监护人, 主要履行该对象入住养老院、医疗手术等监护人职责; 亡故后, 由民政部门根据有关殡葬管理规定为其办理丧葬事宜。迄今为止, 我国对经济困难的高龄老年人, 给予高龄津贴和养老服务补贴; 对生活长期不能自理、经济困难的老年人, 逐步给予护理补贴。兜底养老必须防止老年贫困。但老年贫困具有明显的异质性, 对边疆老年贫困现象的研究发现, 女性、年龄越大、受教育程度越低、少数民族、家庭规模较小、代际关系较差以及外出交通便利性差的农村老年人, 陷入贫困的概率更大(于长永, 2018)。因此, 精准扶贫、因人施策是消除老年贫困的重要举措。

二、普惠养老的责任

我国社会福利政策正在逐渐由补缺型向普惠型转变。过去, 老年社会福利主要面向“三无”老人。现在, 老年福利开始惠及普通老年人。从历史纵深发展来看, 新中国成立以来, 政府对“三无”老人采取过载人史册的五保措施。随着人口老龄化的发展深化和老年弱势群体的不断扩大, 中国政府的这种普惠养老责任会越来越重, 很有可能使老年福利支出演变为社会养老包袱。无论城乡, 不论民族, 普惠责任的要义是社会主义中国的老年福利惠及全体中国老年人。“不分年龄、人人共享”体现的就是普惠养老的责任。目前我国政府已经做到养老的制度全覆盖。中国社会养老保险制度在 2012 年 9 月底迎来了一个标志性的时间节点, 基本实现制度全覆盖, 即全国所有县级行政区都开展了新型农村和城镇居民社会养老保险工作。再加上企业职工养老保险, 覆盖我国城乡居民的社会养老保障体系基本建立。虽然实现制度全覆盖殊为不易, 但养老保障要真正惠及每个中国人却是更大的社会系统工程, 其实职工养老保险仍有多个省份未实现省级统筹, 特别是巨量农民工的养老权益难以得到保障。党的十八大报告明确提出: “以增强公平性、适应流动性、保证可持续性为重点的社会保障制度改革原则从“制度全覆盖”向“人群全覆盖”迈进可谓任重道远。

普惠养老还体现在政府承诺提供基本养老服务, 满足老年人基本养老需求。例如, 我国政府通过中央预算内投资、政府购买服务、运营补贴等手段支持基本养老服务体系的建设, 鼓励各方参与, 以普惠性养老服务更好满足我国老年人不断增长的、多样化的基本养老服务需求。2017 年以来国家养老新政重点在于加强基层养老服务建设, 扶持基层养老服务项目; 以社区为单位打造“虚拟养老院”“融合养老”“老年公寓”和“养老社区”等新模式; 发挥政府的补贴功能, 不断完善和优化养老服务机构的建设, 管理和发展。老有所养是每个公民应该享有的基本权利, 所以政府要明确和突出公办养老机构的公益属性和养老担当(涂爱仙, 2019)。其公益性主要体现在为弱势、贫困老人服务, 使养老基本公共服务的福祉能够惠及最需要的那个人群, 就像公办养老机构对“三无”老人和“五保”老人提供兜底性服务。随着社会的变迁, 公办养老机构理论上的公益养老对象在扩大和增加, 厘清和界定这个变化中的福利养老对象群体是我们需要做的一项工作。

三、公平养老的责任

公平养老的责任要义是政府有责任保障全体公民公平分享养老的福利资源和社会资源。在老年人养老福利待遇上力争实现全社会的公正公平,避免养老问题上的社会分层和贫富分化,避免“相对剥夺感”社会心理的产生,以免造成新的社会不公。“老有所养、公平保障”这同样是政府重要的养老责任。我国的养老保障制度具有城乡二元、人以群分、单位与地域属性有别等诸多特点。养老保障水平在不同的人群中差别很大。给最需要的老人以最合适的服务保障,这才是精准服务供给的本意。譬如,居家养老的老年人最好生活能够自理、可以是空巢但不独居,这样才可能降低居家养老模式中发生摔倒等意外风险、孤独死风险等等。除此之外,对于具有多重弱势特征的其他脆弱老年人(如高龄、失能、独居等)而言,恐怕不宜过分提倡居家养老,而应考虑其他照料风险更小的养老方式,如社区养老院养老和专业的大型机构养老。目前我国面临的挑战是养老金双轨制和养老金的统筹层次还没有实现“全国一盘棋”,这里面的障碍之一就是富裕省份不愿意“均贫富”,认为“劫富济贫”是“社会不公”,心生相对剥夺感。毋庸讳言,我国城乡之间、不同人口群体之间养老保障待遇差别很大,要真正实现养老的社会公平尚有待时日。中国社会科学院发布的《2012 社会保障绿皮书》显示,不同养老保险制度体系中的老年人,养老金每人最低每月 200 元,最高 10000 元,相差 50 倍之多。养老金待遇的显著差距容易引发社会心理的失衡,影响社会和谐,由此提出了将碎片化的新农保和城镇居民养老保险整合成为统一的国民基本养老保险制度的改革要求。

四、品质养老的责任

社会主义中国有自己伟大的养老梦,不仅要努力实现所有老年人安享晚年,长寿、富贵、康宁、好德和善终五福齐临,而且能针对全体中国老年人的多样化需求提供有品质的养老服务和老年支持,使老年人有满满的获得感、安全感、归属感和幸福感。在社会主义初级阶段,不仅要实现老年小康,而且要实现老年健康。政府的养老责任不是仅仅满足老年人的生存需求、安全需求,而且要满足其发展需求、价值需求和归属需求,以满足老年人不断增长的对美好生活的追求和向往。为此,我们要追求各取所需、各得其所、心满意足、品质优良的养老状态。

品质养老包括了三个方面养老质量的提高,即养老福利水平的提高、(不仅指养老金福利,也包括无障碍设施和住房环境的福利)、老年人的养老需求满意度提高、环境老年友好度的提高。这也提示了老年福利政策完善的努力方向。

老年人的养老需求是有层次和结构的,并非“五个老有”可以完全涵盖。根据美国心理学家马斯洛提出的五层次人类需求理论,以此来衡量中国老年人的需求,也不能例外。广义的养老理论建立在全生命历程、身心灵结合的老年人需求结构上。

人们期盼政府能够全面地推进社会化、专业化、制度化的养老模式,希望政府能加大养老投入,承担更多的养老责任,在养老问题上发挥更加重要的作用。有人认为,养老服务供给

中,政府应承担起作为“准公共物品”的养老服务的供给责任。政府作为养老服务供给的核心与主导力量,理应在完善制度设计、优化财政支持、强化统筹监督方面有更多作为(李文军,2019)。

品质养老的责任担当不只是良好的愿景,而是需要国力和实力作为托底的民生大事,这就是要实现“边老边富”以及“共享美好生活”的目标。近年来,延迟退休话题的热点化、焦点化从一个侧面说明了养老金历史欠账、养老国力储备不足、个人账户空账运行等问题的严峻性和长期性。

不断提高老年福利水平和生活质量应该是服务型政府不懈的追求,为此我们要促进老年福利共享机制的完善,不断提高老年人共享经济社会发展成果和社会福祉的水平。迄今我国实现了企业职工养老金“十五年连升”的奇迹,这个奇迹体现了老年国民、退休职工共享改革发展成果和社会福利的事实。毫无疑问,只有经济发展了才能做到“大河有水小河满”,同时共建共享的机制确保了老年人的养老权利。发展、和谐、共享应该是积极应对人口老龄化挑战的基本策略。

不断提升老年福利水平应该是政府关于可持续未来的一份养老责任。福利是一柄双刃剑,既带来福祉也带来负担。但福利国家矢志不渝地将社会福利适度化看作是社会发展的重要目标,全体国民福利共享与福利提升体现了国家发展的宗旨。

“社会福利社会办”的理念要正确解读,社会办也包括了政府办和社会组织办。1984年11月,我国民政部“漳州会议”上首次提出“社会福利社会办”的指导思想,提出社会福利事业由国家包办转向国家、集体、个人一起办,支持城市社会福利院和农村敬老院向社会老年人开放。社会福利的创造主体多元化可以调动全社会的积极性,增加慈善与公益福利供给。

五、结论与思考

在少子化和老龄化并发的时代,家庭养老-照料功能急剧弱化的背景下,政府该如何更好地明确自身的养老责任,关系到政府在养老事业中的角色定位和作用发挥。在越来越多的独生子女为主的小家庭无法满足老年人的养老和照料需求时,国人当然希望政府能够发挥积极作用,有所作为甚至大有所为。

其一,需要认识到,政府是极其重要的养老主体,肩负着重大的养老社会责任,以及改善老年民生的伟大历史使命。对于失独或者无后的老年人,政府甚至是第一养老责任主体,要发挥好兜底养老责任,真正做到“不分年龄、人人共享”,使孤独无助的老人能够老无所忧、老有所养。目前,一些机构“一床难求”和有些机构“空床率高”的问题需要破解,本着“兜底”原则,重新定位公办养老机构的社会养老功能。总之,政府要坚守好兜底养老、普惠养老、公平养老和品质养老四大社会的和历史的責任。

其二,传统社会的养老责任主体也并不仅仅是家庭,也包括了政府,只是古今权重不同而已。古时提出的大同社会理想一直是我們孜孜以求的,今日之中国已经进入“老吾老,以及人之老”

的社会养老时代。今后还要进一步厘清中央政府和地方政府的责任分工。中央政府保障的是全体国民的养老待遇和国民待遇, 地方政府保障的是一方百姓的居民待遇、市民待遇和村民待遇。

其三, 在养老服务方面, 政府的职责定位是保基本、补短板, 重点满足基本养老服务需要; 同时通过政策引导激发市场主体的积极性。政府除了直接提供“养老公共品”和“养老准公共品”外, 市场还提供“养老非公共品”政府作为养老服务供给的核心与主导, 需要在制度设计、财政支持、统筹监督、环境营造诸方面有更多作为。

总之, 基于“多元治理”的逻辑, 我国养老服务供给除了保留政府对于基本公共服务的社会责任外, 突出强调了企业、社会组织 and 社区等多元主体的共同参与和治理, 构建契合市场经济条件的新时期社会化养老服务体系。

◀本期关注▶

我国健康老龄化的挑战与策略选择

葛延风 王列军 冯文猛 张冰子 刘胜兰 柯洋华
(国务院发展研究中心社会发展研究部, 北京 100010)

中国正面临着人口快速老龄化的巨大挑战, 规模大、速度快且未富先老。但未来 10 年左右, 仍以低龄老年人增长为主, 是建立和完善老龄化应对体系必须抓住的机会窗口期。能否成功应对老龄化, 在很大程度上取决于能否显著改善和维护老年群体的健康。也就是说成功的老龄化必然是健康老龄化。本文在分析预测中国人口老龄化特征、趋势以及老年人群的健康养老服务需求的基础上, 研究了我国医疗卫生和老年生活照料体系建设、重点老年健康产业发展面临的问题及挑战, 最后提出了发展方向和政策建议。

一、中国面临急速老龄化压力

(一) 中国人口结构趋向“倒金字塔”型

人口老龄化是既有人口结构、生育水平和寿命水平等因素共同作用的结果。过去几十年中国完成了两次人口转型, 迅速从一个高出生率、高死亡率、低增长率的国家转变为一个高出生率、低死亡率、高增长率的国家, 又转变为一个低出生率、低死亡率、低增长率的国家。当前我国居民的生育观念和行为都发生了巨大变化, 生育率回升的难度很大。我国人口已经进入惯性收缩状态, 人口结构趋向“倒金字塔”(图 1), 人口老龄化态势不可逆转。

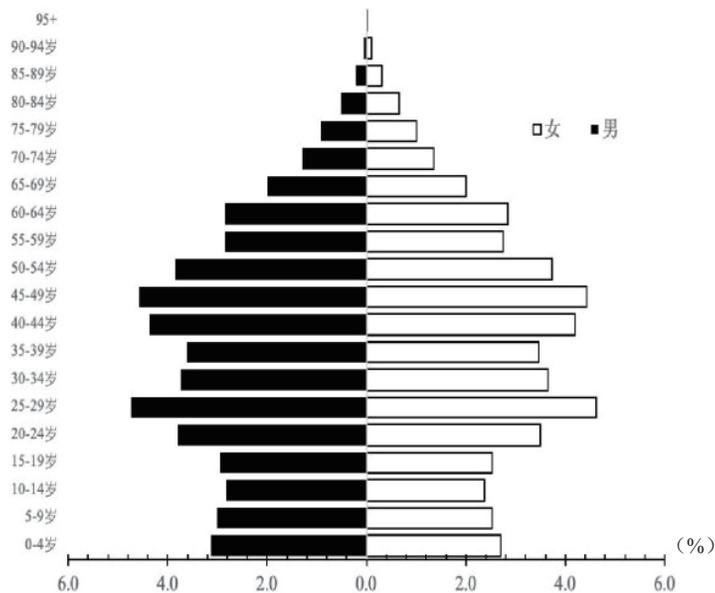


图 1 2015年中国人口金字塔

数据来源: 2015年1%人口抽样调查资料。

(二) 20 世纪 60 年代的婴儿潮将带来老年人口的急速增加

我国出生人口波动较大, 年龄结构波峰波谷明显, 新中国成立之初和 20 世纪 60 年代分别经历过了第一次和第二次生育高峰。1963—1970 年这一出生高峰期年平均出生 2770 万人, 他们将在未来 10 年内逐步进入老龄阶段, 届时我国老年人口规模将迅速扩大。我们预测, 2020—2050 年我国 60 岁及以上人口将从 2.63 亿升至 5.22 亿, 占总人口的比重则从 18.7% 升至 39.5% (图 2)。

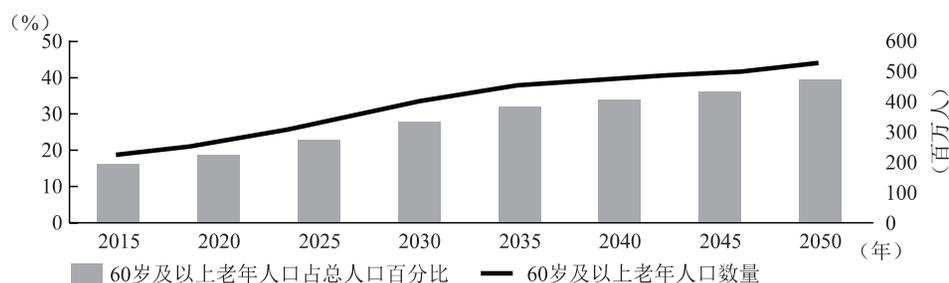


图 2 2015-2050 年中国 60 岁及以上老年人口预计变化情况

数据来源: 作者测算, 中方案。

(三) 2030 年后高龄老年人规模将加速增长

未来 10 年, 我国老龄人口增长仍以 80 岁以下的低龄老人为主。这是因为第二次生育高峰期出生的人口刚刚步入老年, 而第一次生育高峰期出生的人口尚未年满 80 岁。这是建立和完善老龄化应对体系必须抓住的机会窗口期。

2030 年之后, 高龄老人比重将快速增加。80 岁及以上的高龄老年人口 2020 年预计为 3125 万, 2030 年为 5448 万, 2050 年将达到 1.33 亿 (图 3)。2020 年我国 80 岁及以上老年人约占到全球的 17.6%, 2050 年将达到 26.2%。

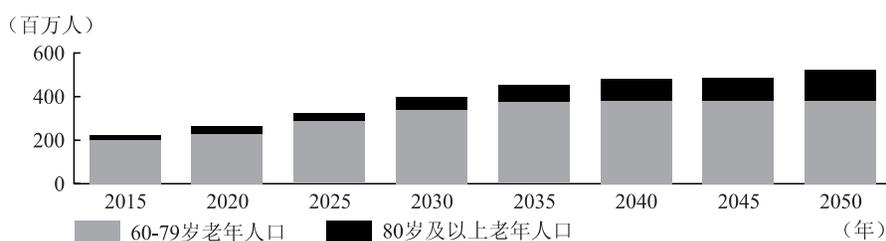


图 3 2015-2050 年中国老年人口年龄预计变化情况

数据来源: 作者测算, 中方案。

(四) 失能半失能老年人数量将快速增长

老年人的预期寿命在不断延长, 但预期寿命延长并不一定意味着健康寿命延长。我国老年人口健康预期寿命的变化模式尚无一致结论。若保持 2015 年分年龄的失能水平不变, 预测显示, 2030 年我国失能半失能老年人将达到 7611 万人, 2050 年增至 1.2 亿人。其中, 半失能老人的数量多于失能老人, 但失能老年人的增速快于半失能老人。2030 年半失能老人 6463 万人, 失能老人 1148 人, 而到 2050 年时, 半失能老人将达到 1 亿人左右, 年平均增长率约为 3%,

失能老人 2072 万人，年平均增长率为 3.7%（图 4）。这给医疗卫生服务体系和老年照护体系都带来较大压力。最大程度地延长老年人健康余寿，促进功能残障期的扩张模式转为压缩模式，是降低我国未来养老负担的关键。

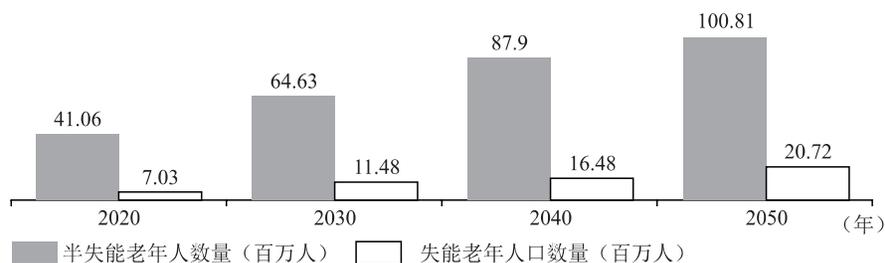


图 4 2020-2050 年中国失能和半失能老年人口规模预计变化情况

数据来源：作者测算，中方案。

（五）老年人逐步向城镇集中但农村养老负担更重

我国城镇化率已经从 2010 年的 50% 上升到 2019 年的 60.6%，60 岁以上老年人的城镇化率也于 2015 年达到 49.8%，随着城镇化的推进，未来城镇老年人的数量增长将快于农村。如果 2030 年我国城镇化率达到 70%，到 2050 年达到 75%；2020 年时城镇老年人数量已超过农村老年人数量，其中，城镇老年人占老年人总体的比重将达到 53.2%，2050 年则将上升至 73.7%。

但受年轻人口流失的影响，农村以及人口流出地的抚养比将快速提升。据预测，2030 年农村的老年抚养比将达到 79.9%，2050 年将达到 94.7%，农村的养老压力将格外沉重。而且由于年轻人口的流动机会更大，如果生育水平进一步降低，城镇的“虹吸效应”将更为明显，城乡抚养比的差异更大。

二、老年人的医养需求增长迅速且更趋多元化

充分认识我国老年人群的特征和需求，是科学应对老龄化的前提。医疗卫生服务和养老服务是老年群体最大的两类需求。随着当前“将老未老”人群逐步进入老年阶段，未来一个时期，老年人的医养需求不仅将快速增长，而且越来越趋向多元化。

（一）空巢独居老人数量不断增长，社会化养老服务需求增加

1. 空巢独居老人数量不断增长

20 世纪 80 年代以来，受生育水平下滑和人口流动规模加大的影响，我国家庭户规模下降明显，2017 年平均每户仅有 3.031 人。当前我国每位老年人平均有 3.0 个子女，但年龄越小，子女数越少，60~64 岁老人平均子女数仅为 2.3 个。

由于我国城乡和地区发展不平衡，乡 - 城和城市间劳动力持续大规模流动，但户籍壁垒等因素使得老年父母随迁困难，形成了大量城乡空巢老人，其中农村留守老人问题更加突出。2015 年，我国独居老年人口的比重为 13.1%，仅与配偶共同居住的老人占 38.2%，二者合计高达 51.3%，比 2000 年提高了 16.2 个百分点（党俊武等，2018）。空巢和独居老人都面临着家庭照料功能严重弱化的问题，但养老服务需求略有差异。独居老人尤为需要关注，这个群体孤独

感更明显,心理问题较其他老年群体发生率更高,同时独居的安全风险也更高。此外,80岁及以上的高龄老人中有23%独居,健康状况非常差的老人有13.3%独居,这部分老年人的照料服务压力巨大。相对而言,仅与配偶共同居住的老年人中,高收入和高教育水平的比例更高,大学专科以上的老年人中这一比例高达53.7%,全部子女在省外居住的比例(7.9%)也高于其他群体。目前45~59岁的“将老未老”人群受计划生育政策影响更大,相当一部分家庭为独生子女家庭。未来,我国家庭平均规模将进一步缩小,城镇化率进一步提高,老年人预期寿命也将提升,因此老年人独居或仅与配偶共同居住的比例将会更高,更多的社会化养老服务支持成为必然的要求。

2. 居家养老服务是社会化养老服务的主流需求

从我国国情、国际经验和老年人需求来看,居家社区养老相比机构养老更加主流。当前,我国绝大多数老年人在家庭养老,民政统计数据显示,老年人入住机构的比例很低且呈下降趋势,从2012年的1.26%降至2017年的0.72%。即便北京的机构养老者也仅占常住老年人的1.18%,需要照护服务的失能老年人也仅有16.6%在机构养老(北京市民政局,2018),推测支付能力和公共服务水平更低的地区尤其是农村机构养老的比例更低。在这一背景下,居家社区养老服务需求更迫切。调查显示,上门医疗服务是城乡老年人最高的需求,紧随其后的是健康监测和紧急救助(图5),随着高龄、空巢独居老人进一步增加,相关需求还会快速攀升。

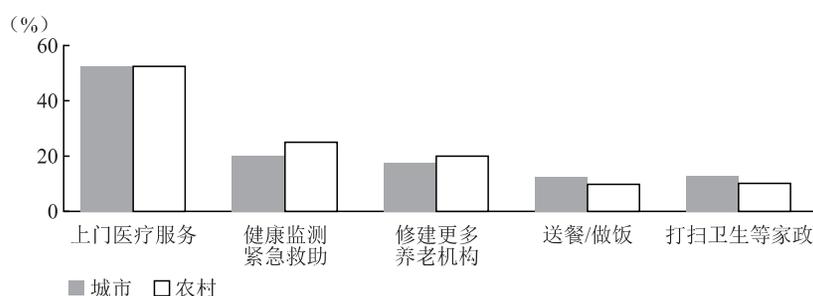


图5 2018年中国城乡老年人养老服务需求情况

数据来源:国务院发展研究中心2018年中国民生调查。

(二) 老年群体健康问题复杂且呈现出一些新的特征

1. 慢性病患者率很高且仍在迅速攀升,共病情况严重

我国疾病模式已转变为以慢性病为主,老年人慢性病负担更重。2015年,城乡老年人近80%患有慢性病,48.8%的老年人同时存在两种及以上的慢性病(党俊武,2018),这种情况被称为共病。老年住院患者的共病率更是高达91.36%,人均患病4.68种(曹丰等,2018)。共病患者与单一病种患者相比,生活质量更低,病死率和致残率增高,且会增加医疗资源使用,给老年人家庭带来更大的经济负担。

同时,我国的慢性病控制不容乐观。心脑血管疾病是我国老年人负担最重的疾病,从2000年我国进入老龄化社会开始,心脏病死亡率就在迅速增加,远超日本老龄化程度相近时期的水平,且增长速度惊人。同时,我国高血压、糖尿病患病率上升迅猛,但知晓率、治疗率、控制率一直不佳。2014年35~75岁人群中高血压患病率为37%,检出的高血压患者中知晓率、治

疗率和控制率分别为 36%、23% 和 6%（Lu et al., 2017）糖尿病情况也同样不容乐观，2013 年患病率为 10.9%，知晓率、治疗率和控制率分别为 37%、32% 和 16%（Wang et al., 2017）。未来的心血管疾病负担仍将保持高位增长。

农村情况更为严重，亟需加强慢性病管理。一是心血管疾病死亡率快速上涨，且从 2009 年起一直高于城市（图 6）。二是高血压和糖尿病患病率增速高于城市，上升趋势尚未得到遏制。三是健康管理情况远比城市差，疾病知晓率和治疗率均更低。四是仍存在不少不健康生活方式，吸烟和营养不良等情况在农村尤甚。

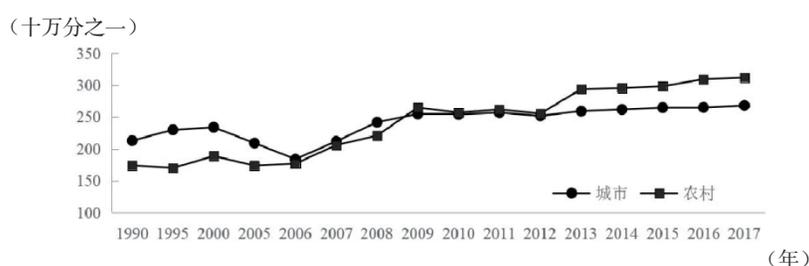


图 6 1995-2017 年中国城乡心血管疾病死亡率变化趋势

资料来源：2005-2018 年中国卫生健康统计年鉴（含更名前的卫生统计年鉴、卫生和计划生育统计年鉴）。

2. 阿尔兹海默症等新的疾病带来新的挑战

阿尔兹海默症（Alzheimer Disease, AD）、帕金森病等已经是全球性的健康挑战。目前我国 AD 患者人数约为 800 万到 1000 万，轻度认知障碍人数为 2400 万。阿尔兹海默症疾病负担正在快速增长，2016 年疾病负担是 2000 年的 2.5 倍左右，患病率不断上升。农村患病率高于城市，女性比男性更常见，并随年龄增长而上升。除了对老年人自身生活质量的影响外，AD 带来的长期照护成本巨大，据测算，每人每年的平均花费为 12 万多，2015 年我国 875 万 AD 患者的年治疗费用高达一万多亿元，包括疾病治疗成本、照护成本、家人照护等间接成本在内，给患者个人、家庭和社会都带来了巨大的经济负担（Jia et al., 2018）。此外，我国所有 AD 患者中重度患者约占 50% 以上，重度患者不仅出现严重记忆力丧失，并且日常生活无法自理，会出现精神行为症状等，几乎完全依赖于照护者，这无疑要消耗家属诸多时间与精力，导致照护者也面临健康、情感和财务压力。加上存在就诊率低、误诊率和漏诊率高的情况，AD 和帕金森病的实际疾病负担仍然有所低估。囿于当前国内外尚无有效治疗手段，这些疾病将随着老龄化加剧成为更大的挑战。

3. 以抑郁为主的老年人精神健康问题需要特别关注

我国相当一部分的老年人存在精神健康问题，抑郁是其中典型的代表。抑郁疾病负担在上升且呈现加速趋势，2016 年 60~69 岁老人抑郁疾病负担是 2000 年的 1.7 倍。随着我国过快的社会转型，城镇化、收入分配差距、人口快速流动、家庭规模和结构的变化，老年人的精神健康压力将会更大。但在患病率大幅上升的情况下，由于社会偏见、病耻感、疾病认知程度低等原因，有精神健康问题的中国老年人就诊率和治疗率低且呈现下降趋势，严重压抑了真实的精神卫生需求。

(三) “将老未老” 人群的医养需求更趋多元化

受益于基础教育普及和高等教育大众化, 未来我国老年人的教育程度将有所提高。大学专科及以上教育水平的老年人占比将从 2020 年的 3.8% 升至 2050 年的 14.8%, 而小学及以下教育程度的人将从 55.1% 下滑到 13% (图 7)。老年人受教育程度提升意味着其社会参与能力、养老观念、消费观念等将发生较大变化。

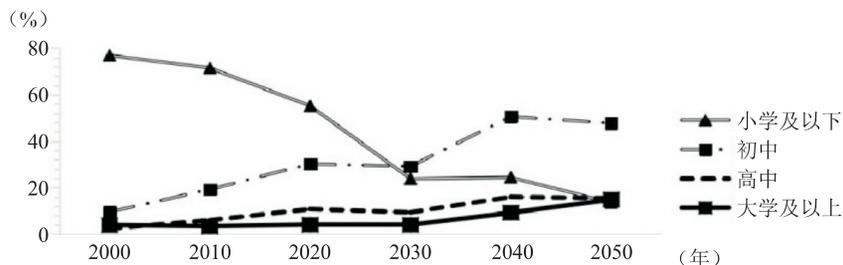


图 7 2020-2050 年中国老年人口受教育程度趋势预计变化情况

资料来源：作者据历次人口普查数据预测。

我国“将老未老”群体收入分化较大, 其中相当一部分人积累了较丰厚的财富, 部分群体有完备的社会保障, 受教育水平提升使得他们对互联网等技术和新事物的接受度高、对服务质量和体验的要求也更高。也应注意到, 较之当前的老年人, “将老未老”人群在生命周期中生活环境变化更加剧烈, 疾病风险更加复杂, 不健康生活方式更加普遍, 加上社会压力增加, 环境污染加重, 面临着较为严峻的健康风险。

三、推进健康老龄化的策略选择

面对快速老龄化, 我国需要根据国情做出恰当的策略选择。要实现健康老龄化, 不仅需要加强医疗卫生服务和养老服务的制度建设, 也需要技术和产业支撑, 后者是提升服务效率和服务质量的重要手段。

(一) 加强和改进老年医疗卫生服务

老年人是医疗卫生服务的主要利用者, 随着老龄化的加剧, 现行医疗卫生服务体系及服务模式难以满足老年人的需求。当前医疗卫生服务体系的一个突出特点是急性病诊疗体系强大, 但疾病预防、健康管理、康复医疗体系发展滞后, 而且医疗服务缺乏连续性。未来的体系建设必须更多考虑老年人的特点和需求, 适应老龄化社会的要求。

1. 增强医疗卫生服务的连续性和主动性

(1) 建立完善分级诊疗制度

老年人疾病的特点是以慢性病为主, 多病共存、合并症多、多重用药, 更加需要增强医疗服务的连续性和稳定性。当务之急是建立完善分级诊疗制度, 落实基层首诊, 推进家庭医生、医院、康复护理机构乃至安宁疗护机构的有效协作。应将患有慢性病特别是失能半失能的老人作为家庭医生签约的重点人群, 提升老年人对基层服务的利用率, 促进形成更加具有信任关系、能够提供连续性服务和有效干预的家庭医生制度, 重点做好慢性病管理。同时, 要加快推进医疗卫生机构之间信息共享, 建立双向转诊制度。

(2) 积极推进上门医疗与护理服务

上门医疗服务应当成为未来一个时期发展的重点,既能解决老年人行动不便、医院就医体验不佳等问题,还能大幅节约整体医疗成本。近年来,日本、美国等开始探索的上门医疗服务已取得了比较明显的成效。这一领域要实现发展必须开展有效的政策调整,包括修改执业医师执业地点限制的有关条款,明确上门服务的内容、方式和收费标准,加强质量监管,建立风险防控机制,改革医保支付方式并充分利用现代信息技术手段,等等。可总结近期国内一些地区已开展的相关探索的经验,加快推进。

2. 建立多层次、低成本的康复医疗服务体系

我国目前的康复服务大多由医院提供,不利于分级诊疗,成本也很高,亟需建立一个以专业康复机构、基层医疗卫生机构为主体的低成本康复医疗服务体系。

(1) 明确各类机构在康复体系中的功能定位

医院应参与提供康复服务,但不应是主导。疾病急性期的康复早期介入主要在医院康复医学科,稳定期患者系统、综合的康复治疗主要在专业康复机构,恢复期患者的基本康复服务及家庭康复指导则主要由基层卫生服务机构提供,应按照这一功能定位来规划建设我国康复体系。同时,要加大康复医疗专业人员的培养力度,为康复体系的发展提供人力支撑。

(2) 将现有部分一、二级医院改造为康复医疗机构

政府在基建等方面给予资金支持。这种资金投入是完全值得的,独立的康复机构全面运行以后,相比医院能够大幅降低成本,从而节省总体费用,也能更好满足居民需求。

(3) 加大医保对康复医疗的覆盖

目前已经有 29 项康复医疗项目纳入了医保,但总体覆盖范围还比较小,报销额度比较低,而且很多项目使用医保有时间限制,满足不了康复治疗的需求。应进一步增加报销项目和费用额度,并合理延长康复项目使用医保的时长。这些做法短期内可能会增加医保支出,但最终能够节约整体医疗费用。同时,应将民营康复医疗机构纳入各级医联体,在转诊上与公立机构一视同仁。

3. 加强对老年人及其家属的健康教育

根据第七次居民健康素养监测,2017 年我国居民健康素养水平为 14.18%,即 100 名居民中具备基本健康素养的不到 15 位,而 55~64 岁和 65~69 岁中老年人的健康素养水平则更分别低至 7.8% 和 6.3%。

应建立多元参与的健康教育体系,由社区、医疗机构(尤其是签约医生)和大众媒体等在以下 3 个方面加强对老年人及其家属的健康教育。一是倡导和传播健康的生活和行为方式,尤其应传播老年人的营养、锻炼及有关危险因素的知识。二是传播基本的疾病发生规律及预防和治疗常识,尤其是老年病常识和用药常识,患病后能够选择科学适宜的治疗方式。三是倡导理性疾病观和生命观,生老病死是自然规律,要更加重视生命末期的尊严,尽可能减少无临床价值且浪费大量医疗资源的治疗。

在互联网和新媒体快速发展的背景下,还要发挥好主流媒体和权威专家的作用,更加大力度打击虚假健康信息。

(二) 立足居家社区加快建设养老服务体系

近年来,随着国家对老龄化问题的日益重视,我国的养老服务体系取得了积极进展,但与迅速增加的老年照料需求相比,养老服务体系发展还很不充分。养老服务是当前政策和舆论关注的热点,各类主体参与的积极性也很高,国外也已产生很多经验教训。需要认清方向,结合我国国情做出恰当的策略选择。

1. 真正落实以居家社区养老服务为主体

大力发展居家和社区养老,让老年人尽可能在熟悉的环境中安享晚年,是发达国家养老服务体系发展的总体趋势,也是最利于老年人身心健康的养老方式。我国老龄化速度快、老年人口规模大,以居家社区养老为主体更是必然选择。我国虽然已经确立了“以居家和社区为主”的养老服务体系建设方针,但在实践中财政支持和民间投资仍严重偏向机构建设。下一步应以居家社区养老服务为主体的方针落到实处。

第一,财政投入要从以投机构为主转向投居家社区养老服务体系为主。加强社区养老服务设施建设,通过新建、对存量基础设施的置换、合并设置等方式建立老年人日间照料中心、老年人综合活动中心等场所,有关机构应与社区卫生服务机构统筹规划,并建立紧密合作关系。在强化政府对社区养老服务基础设施建设投入的同时,明确不同类型服务的属性,完善定价机制,促进社会力量参与。

第二,充分利用信息和互联网技术,加快居家养老服务网络平台建设。加快建设居家养老服务平台,实现通过平台预约家政以及送餐、助浴、护理等居家养老服务。可采取专业养老服务组织直接提供的方式,也可采取向第三方派单的方式。要强化居家养老服务的质量监管,在完善政府监管体系的同时,充分发挥用户评价等市场机制作用。

第三,将老年人紧急救援体系建设列为优先事项。重点是及时发现和响应居家老年人的紧急救援需求。首先要建立一个民政、卫生、公安、消防等多部门参与的协作机制,充分利用信息智能技术手段,构建老年安全信息监测平台,建立老年人紧急救援的响应和联动机制。此外,社区层面要充分利用传统的服务网络开展多种形式的家庭巡视,定期探访高风险老人,及时预防、发现和处置问题,减少极端事件的发生。

2. 明确支持重点,缓解养老机构建设中的结构性矛盾

近年来我国养老机构建设速度加快,满足机构养老需求发挥了一定作用。但养老床位总体空置率却高达近 50%,且结构性矛盾突出。一是城区相对紧缺、郊区空置较多;二是部分价低服务好的公办机构一床难求,而部分民办养老机构入住率低;三是具有医护康复服务功能的护理型机构和床位少,自理型床位空置较多。随着失能失智老人增多带来的护理压力加大,第三个结构性矛盾尤为突出。缓解这些矛盾,需要从以下几个方面着手。

第一,千方百计增加城区养老服务场地供给,鼓励发展社区嵌入型养老机构。要注重盘活存量公共建筑资产,严格按照小区初始规划,拿出一部分房地产商和物业占用并改变使用性质后经营得利的公共设施用于养老设施建设。也可立体化改造现有的小区绿地、低密度商用房。

第二,明确公办养老机构的定位,避免挤占民办机构发展空间。公办机构等应坚持公益性

定位，强化保基本、兜底线职能，原则上不应提供高端服务。实施公办机构全成本核算，逐步改变享受过度优惠政策的现状，合理制定收费标准，防止其挤压民办机构。

第三，财政重点支持护理型养老机构和床位建设。在必要的养老机构建设中，政府补贴应重点支持以收住失能失智老人为主的护理型机构。同时，补贴方式应逐渐从建设补贴转向补贴服务对象，按服务对象健康状况进行差异化补贴，促进养老机构之间的公平竞争。

3. 综合施策应对养老服务人力短缺

服务人力短缺是发展养老服务中面临的突出问题。2017 年全国鉴定合格的养老护理员仅为 4.4 万人。按民政部门设定的养老床位建设目标测算，2020 年需要 64 万养老护理员，2050 年需要 124 万人；按全部失能半失能老人都得到护理测算，2020 年则需要 520 万人（张冰子，2018）。同时，康复、营养调配、心理咨询、社会工作等人才也十分缺乏。

这一问题需要综合利用多种手段应对。要加大供给正式护理人员，包括教育和培训技能型养老护理员，稳步提升待遇水平，增强职业吸引力；同时加强对家庭成员、社区志愿者的专业指导和培训，为家庭照料提供支持。但由于我国劳动年龄人口数量持续下降，需要更多依靠技术进步，加快智能养老设备的研发和利用，降低养老服务对人力的依赖。

4. 建立可持续的长期照护筹资机制

近年来我国已有多个城市开展长期护理保险试点，目前呼吁全面建立长期护理保险制度的呼声很高，我们认为对此应审慎考虑。

一方面，我国社保费率已经很高，再增加一个险种不能不考虑企业和社会的承受力。这也正是当前试点城市护理保险资金主要从医保基金中划转而不敢单独征费的主要原因。但这种方式显然不可持续，因为不少地区医保基金已经面临较大收支平衡压力，老龄化和技术进步将带来医药费用持续增长，这一压力会持续加大。

另一方面，即使设立护理保险险种并单独征费，其可持续性也很令人担忧。未来 20 年，正是我国老龄化速度最快的时期（见图 3 和图 4），这意味着失能半失能老人的长期照护需求及费用都会迅速增长。日本从 2000 年到 2015 年，护理保险总费用增长了近 200%，保费水平不断增长，可持续性会受到严峻挑战。我国未来的情形也必然如此。

着眼当前，将社会保险作为我国长期照护费用的筹资机制可行性并不高。目前的试点可以继续，但近期不宜全国推广。我国更现实的筹资方案可能是救助型护理保障制度，即由政府对经济困难的失能老人直接提供护理服务补贴。相比刚性较强的护理保险，救助型护理保障最大的好处是可进可退，若未来经济社会形势缓和（如养老保险费率能够大幅降低等），可再在此基础上建立护理保险制度；若形势严峻，调整受益人范围和服务项目也相对容易。

5. 立足社区促进医疗服务和长期照料服务的有效衔接

很多老年人罹患多种慢性病，生活照料和健康监测、干预、治疗在实践中通常是一体的，到生命末期，更是密不可分。因此，以老年人身体状况和实际需求为中心，将必要的医疗服务和长期照料相结合，提供整合照料（integrated care）是近年来国际普遍趋势。但是从发达国家的历程来看，医疗服务与长期照料经历过先分离、后整合的过程，甚至不少国家养老机构快速

发展始于医养分开。正是由于专业的护理院 (nursing home) 缺乏, 且不能报销费用, 许多疾病稳定期老年住院病人“压床”导致医疗资源和资金浪费的困扰, 政府开始大力鼓励发展具备康复护理功能的机构, 并建立长期护理筹资机制, 让那些老人转至这些更经济的机构。只是近些年, 部分发达国家因为长期照护服务和医疗服务过度割裂, 才提出医养整合 (integrated health and social care), 主要是指加强养老服务和医疗服务的协调, 以保障老年人顺利、及时获得相关服务。

我国在发展养老服务的过程中, 也关注到医养结合问题。2015 年国务院办公厅曾专门发文推进此工作, 但实施中过多强调了养老和医疗在机构层面的整合。目前我国还处在养老服务体系建设的初期, 更需要某种意义上的“医养分开”, 即改变老年人过度依赖医院的状况, 尽量让他们在具备一定康复、护理功能的养老机构或环境中生活。鉴于我国养老服务体系只能以居家社区为主, 老年人在绝大多数时间里需要的医疗服务主要是低强度、医疗设备依赖性不强的医疗服务, 绝大多数地区的社区卫生服务机构都有能力提供且成本低得多。因此, 需要加快在社区层面推进“医养结合”。

第一, 在政策导向上不宜过分鼓励医疗机构开展养老服务和养老机构开展医疗服务, 有条件的养老机构可以设立医务室、护理站等, 但不宜硬性要求。可推进养老机构与医疗机构协议合作, 畅通就医通道, 但也要避免过度医疗行为。

第二, 重点推进基层卫生机构以及诊疗量长期不足的医院如厂矿医院为居家老人提供便捷连续的医疗服务, 更多提供上门服务。建议试点让基层卫生机构承担协调养老服务和医疗服务的角色。

第三, 进一步明确医疗服务和生活照料服务的属性和费用分担机制, 完善养老服务筹资机制, 综合提升社区医养服务能力。

(三) 以技术进步和产业发展助力健康老龄化

实现健康老龄化还需要技术和产业的支撑, 它们能够在提供优质老年产品、提升服务效率和服务质量等方面发挥重要作用。我国相关技术和产业已有了一定的发展基础, 但相比老龄化需求并对照先进国家的水平, 差距仍然很大。未来一个时期, 需借鉴国际经验, 为技术进步和产业发展创造良好的政策环境。

1. 针对老年需求加强医药产品研发和有效供给

随着疾病谱的变化和新疾病的出现, 我国老年人用药及治疗需求尚未得到充分满足, 主要表现为针对阿尔兹海默症、部分罕见病等, 迄今为止国际上尚未研发出有效药物和治疗手段; 针对部分恶性肿瘤, 已有的药物和治疗手段有效性不足; 针对部分疾病, 国际上已开发出较为有效的药物如部分肿瘤靶向药, 但价格高昂, 患者负担较重; 针对慢性阻塞性肺疾病、糖尿病等, 药物给药途径、作用机制有待优化, 便利性、安全性有待提升; 由于疾病谱差异, 部分中国特有高发疾病如肝癌等药物和治疗手段研发不足。预防性产品如针对各类疫苗、早期诊断性产品如各类试剂、功能恢复性产品如人工髓关节等耗材、生活质量提升药品如疼痛管理等, 存在短缺、质量不高及价格高昂等问题。下一步, 需要针对性地加强相关医药产品研发和供给。

第一, 鼓励创新, 加强重点领域新药和技术手段的研发。应重点结合前述疾病领域的供给短板, 制定更明确的医药产业创新战略。综合运用税收和金融支持措施, 强化对企业创新激励; 充分利用市场机制, 加快推进医药企业兼并重组, 切实解决低水平过度竞争以及由此导致的研发能力不足问题; 强化知识产权和专利保护, 加大对侵权行为的处罚; 推进医药领域产学研深度融合, 加快成果转化; 进一步加快医药领域对外开放, 鼓励中外企业及研究机构在医药研发领域深度合作。

第二, 进一步完善评审审批制度, 加快引进新的药物及治疗手段。在进口药物审批特殊通道建设中, 更多考虑老年人急需的药品和治疗手段。鉴于我国市场规模巨大, 坚持以量换价策略, 降低相关药物和治疗手段的价格, 提升可获得性。积极总结博鳌乐城国际医疗旅游先行区的有关经验, 并适时加以推广。

第三, 完善仿制药政策, 提升仿制药质量。平衡好鼓励创新与促进仿制药发展之间的关系, 在强化对专利药保护的同时, 完善对仿制药研发和生产的支持政策, 以降低相关药物和治疗手段的成本。充分借鉴印度等国家的经验, 加快仿制药对专利过期原研药的替代速度。进一步强化仿制药一致性评价和质量监管, 稳步提升公众对仿制药的信任程度和使用率。

第四, 建立合理的药品价格形成机制, 提高药品和治疗手段的可及性。完善药品和耗材集中采购政策, 对于普通药物和治疗技术, 建立并完善国家谈判、医疗服务机构联合谈判等多种招采机制; 对于老年人所需要的特殊用药、短缺药、孤儿药等, 改革完善生产、储备与定价制度体系, 尽可能实现有药可用。完善基于药物经济学评价的医保目录动态调整机制, 按照有进有退的原则, 加快淘汰“三无”药品, 在确保医保资金平衡的前提下, 纳入更多符合老年临床需求的高性价比药物。

第五, 加强监管和服务, 促进合理用药。通过推进处方审核及医保支付制度改革, 减少药品滥用、健康损害和资金浪费。对老年人用药开展“适老化改造”, 强化老年人的精准用药与复方药的开发。加强用药指导, 减少多重用药, 基于不同层级的医疗卫生机构开展老年人用药分级管理。进一步完善激励和约束机制, 推动落实家庭医生签约服务, 更好发挥药师、基层医疗卫生人员在老年人用药管理、用药指导等方面的作用, 保障用药依从性和安全性。全面推进收集研判药物不良反应等信息, 助力药物研发和质量提升。

2. 加快老年康辅器具产业发展

相比失能半失能老年人需求及德国和日本等国家相关产业进展, 目前我国康辅器具产业发展还十分滞后。国内生产和研发企业规模小, 市场集中度低, 研发能力明显不足, 质量良莠不齐。相当一部分产品需要依靠进口, 价格高昂。受知晓率、支付能力等因素影响, 老年康辅器具的利用率很低。康辅器具的租赁市场发展也严重滞后。下一步我国要把老年康辅器具作为未来重点鼓励的产业之一, 鼓励创新发展。

第一, 完善质量和标准体系, 促进产学研合作和中外企业间的合资合作, 增强研发能力。

第二, 对国内需求较大但当前尚未研发出的产品, 通过税收优惠等多种政策工具, 鼓励相关企业进行本土化生产, 降低产品生产成本和使用价格, 开发适宜产品。

第三, 改革完善进出口政策, 降低进口产品流通环节成本。

第四, 借鉴国际经验, 加快租赁市场发展, 优先开展需求高、易于回收管理、重复利用价值高的辅具租赁业务, 降低使用成本, 提高使用率。

3. 鼓励与规范并重, 促进“互联网+医疗”“智慧养老”创新

得益于国家规划和专项政策、全民医保和智能终端的普及, 我国“互联网+医疗”和“智慧养老”形成了快速发展势头。互联网技术突破时空限制转变服务模式, 提供远程诊疗、实时健康监测、慢性病管理及药品配送等, 正在对减轻老年人就医负担开始发挥积极作用。智能硬件如安全监测、行为辅助设备及包括远程关怀、居家管理、生活服务、紧急救助等平台服务也全面起步。可以预料, 未来这一领域发展前景巨大。

然而, 当前智慧医养产品和服务利用率还不高。原因主要是同质化竞争严重、产品和服务缺乏有效衔接导致总体智能化和适老化水平还不高, 老人支付能力不足和消费习惯未升级也是重要影响因素。为此, 政府应从鼓励与规范入手, 强化企业创新主体地位, 切实发挥好智慧医养产业作用。

一是要加快相关领域放管服改革。强化知识产权保护, 破除影响企业创新能力发挥的制约因素, 通过筹融资等支持和鼓励企业创新。规范市场秩序, 强化平等竞争, 有效落实各项监管。此外, 国家层面应重点支持基础性技术和产品研发, 加快信息基础设施和数据平台建设, 为产业发展提供支撑。

二是要加快推进标准建设。基于产品属性和服务模式, 分类加快标准体系建设。针对服务流程, 总结不同模式优缺点, 基于城乡区域特点, 建立统一规定和灵活调整相结合的内容设定。规范各类机构信息管理, 实现信息使用效率和安全并重。

三是探索多元付费机制。公共智慧平台可通过政府购买的方式推广, 确有必要且性价比高的医疗产品和服务可考虑纳入医保。对于能提升养老机构服务效率和质量的产品和服务, 初期引进可考虑由政府补贴、住户和机构共担费用, 后期运营则由机构和老年人共担成本。

四是促进医疗服务系统内外更加有效的分工协作。通过总额付费等方式, 完善利益共享机制, 促进不同医疗服务系统之间建立分工有序、合作有效的服务体系。基于医疗和外部相关产业的各自优势, 确定能够实现共赢的合作领域, 设计激发各主体积极性的动力机制, 形成合力推动产业链拓展, 发展“技术+产品+服务”的模式。

五是加快智慧医养产品及技术在上门医疗服务、居家社区养老中的应用。鼓励企业根据社会文化、收入水平、消费习惯、生活习惯设计产品, 进一步发掘居家老年人及其照护者的潜在需求。对于慢性病管理等普遍性需求, 依托社区支持加快推进智慧医养产品和技术普及, 提升管理效率, 探索有效模式。对于诸如阿尔兹海默病人日常生活辅助等个性化需求, 注重产品和服务结合, 以服务提高产品的用户体验。

4. 以标准和筹资为突破口, 分类促进居住条件和基础设施的适老化改造

当前我国大部分城乡居民的居住条件和配套基础设施适老水平不高, 不利于老年人生活安全性、自主性及社会参与, 居家、社区和城乡公共基础设施的适老化改造需求潜力巨大, 政府、

行业组织及优质企业在标准制定、适宜技术开发、质量监管、宣传示范等方面应发挥各自作用。

第一，居家适老化改造，总体属于私人消费品，应主要通过市场解决，政府可适当补贴特殊经济困难家庭。此外，政府政策重点一是加强宣传引导提升居民相关意识，提供推进适老化改造的科学知识；二是提升新建住宅的适老功能，主要方式是建立标准并进行指导和监督；三是大力发展面向存量住宅的适宜改造技术，可从老年人居住相对集中的老旧小区入手。

第二，社区内部适老化改造，政府应针对不同类型社区特点确定可操作的改造目标和方式，建立包括政府投入、集体投入、用户分担（如适当提升物业费）、捐资捐赠在内的多元化筹资机制。近年来一些地区在老旧小区楼房加装电梯的筹资和实际改造方面已有不少经验，可尽快总结推广。

第三，城乡基础设施的适老化建设和改造，重点是公共交通系统、道路及公共设施。除了稳步推进改造存量公共设施，应在规划和建设中形成约束性要求，新建设施充分考虑老年人需求。

◀ 调研与分析 ▶

上海市长期护理保险服务项目开展情况调查研究

曹宜璠¹ 王常颖¹ 谢春艳^{1,2} 陈多¹ 程文迪¹ 丁汉升¹

[1. 上海市卫生和健康发展研究中心 (上海市医学科学技术情报研究所), 上海 200031

2. 华东理工大学社会与公共管理学院, 上海 200237]

我国人口老龄化的高速发展让推行长护险制度变得势在必行, 根据国家统计局公布的数据, 2018 年底我国 60 周岁及以上老年人口达到 2.49 亿, 占总人口的 17.9%。2016 年, 国家发布首批 15 个长护险试点城市, 上海市为其中之一。2017 年, 上海市选择 3 个区先行启动试点, 2018 年在全市推开试点, 目前根据《上海市长期护理保险试点办法》(沪府发〔2016〕110 号), 规定了长期护理保险覆盖的 42 个服务项目, 包括社区居家生活照料 27 项, 临床护理 15 项。这些服务项目旨在重点聚焦失能老人的基本生活照料和医疗护理服务项目, 着力解决失能老人的长期护理需求。本文旨在了解上海市长期护理保险服务项目的开展情况, 以及老年人的服务使用情况和需求, 为进一步完善护理服务体系提供参考。

一、资料来源与方法

调查数据来源于 2018 年 11 月开展的上海市老年医疗护理服务体系发展“十三五”规划中期评估的调查, 该调查涵盖 506 家区级医疗机构 (包括区内所有二级综合性医院、社区卫生服务中心、护理院、护理站、社会力量举办的医疗机构在内) 和 232 家提供上门服务的养老服务机构, 对数据进行清洗整理后, 共获得医疗机构问卷反馈 506 份和养老服务机构问卷反馈 232 份。收集到 60 岁及以上有效问卷共计 6567 份。

以电子邮件形式将《老年医疗护理系统统计数据表》发放至上海市 16 个区卫生健康委, 于 2018 年 12 月底全部回收。调查内容就区级医疗机构、养老服务机构长期护理保险服务项目的开展情况、60 岁及以上老年人长期护理险服务项目的使用情况与需求等进行分析。

二、研究结果

(一) 长期护理保险服务项目平均覆盖率

根据上海市老年医疗护理服务体系发展“十三五”规划中期评估的调查情况, 42 项服务在上海市 16 个区所在的医疗机构内开展的平均覆盖率为 61.9%, 其中 27 项基本生活照料服务的平均覆盖率为 62.2%, 15 项临床护理项目的平均覆盖率为 61.57%。在提供居家服务的医疗机构的平均覆盖率为 16.4%, 其中 27 项基本生活照料服务的平均覆盖率为 15%, 15 项临床护

理项目的平均覆盖率为 19%。在养老服务机构（仅提供上门服务）的平均覆盖率为 49%，其中 27 项基本生活照料服务的平均覆盖率为 62.2%，15 项临床护理项目的平均覆盖率为 25.4%。

（二）60 岁及以上老年人长期护理保险服务项目使用情况

60 岁及以上老年人 42 项服务使用趋势情况，按年龄段来划分，气泡越大代表服务使用数量越大。如图 1 所示，42 项服务的使用趋势大致相似。然而，随着年龄的增长，生活照料服务的气泡增大，即使用量逐渐增大，主要集中在生活照料服务的前 10 项比较基础的服务。临床服务类增加的使用量主要为药物喂服、生命体征监测、血糖监测、肌肉注射和皮下注射。

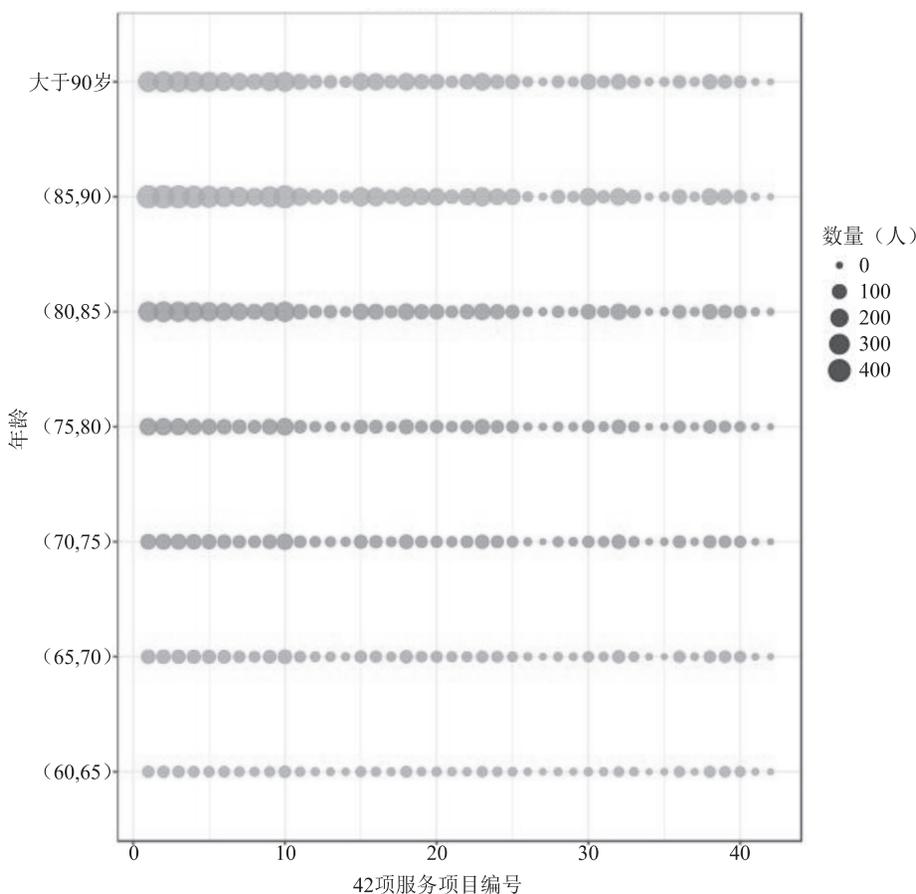


图 1 上海市60岁及以上老人42项服务使用情况

（三）不同程度自理能力老人长期护理保险服务使用情况

根据上海市 16 个区 60 岁及以上老年人生活自理能力的自我评估情况来看，其中较好、一般、半自理（有一半的事情需要其他人帮助完成）、完全不能自理（所有事情需要其他人帮助）的比例分别为 59%、14%、15%、12%。

根据 42 项服务中 27 项的生活照料服务在 4 类人群（较好、一般、半自理、完全不能自理）的使用情况来看（图 2）。生活自理能力自评较好的人群 27 项服务使用情况较为平均。生活自理能力自评一般和半自理人群 27 项服务的使用情况趋势相似，但使用率均未超过 50%。完全不能自理的人群总体使用率相比前三者有提升，但只有 1-5、7、9、10 这几项使用率超过 50%。

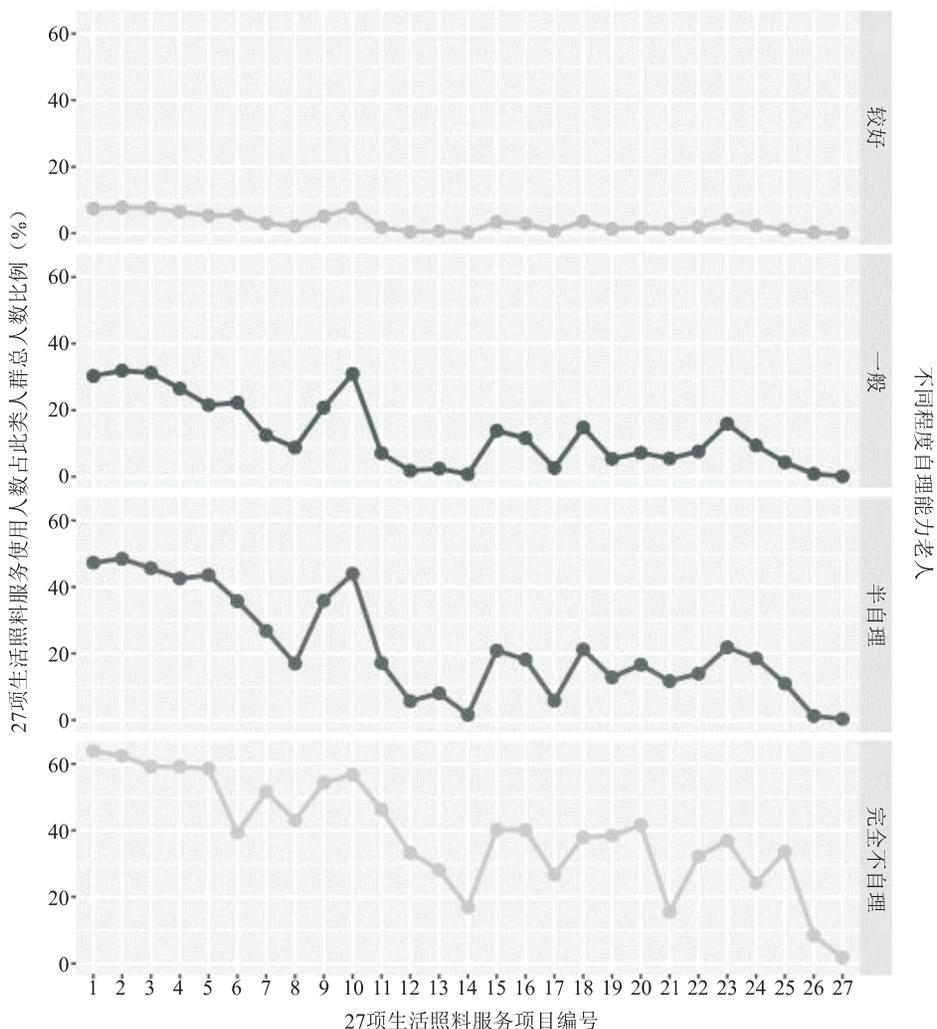


图 2 上海市60岁及以上老人27项生活照料服务使用情况

根据 42 项服务中 15 项的常用临床护理服务在 4 类人群（较好、一般、半自理、完全不能自理）的使用情况来看（图 3）。生活自理能力自评较好的人群 15 项服务使用情况较为平均，使用率均未超过 10%。生活自理能力自评一般和半自理人群 15 项服务的使用情况趋势相似，但使用率均未超过 50%。完全不能自理的人群总体使用率相比前三者有提升，从趋势上看，只有第 33 项吸氧服务明显下降。

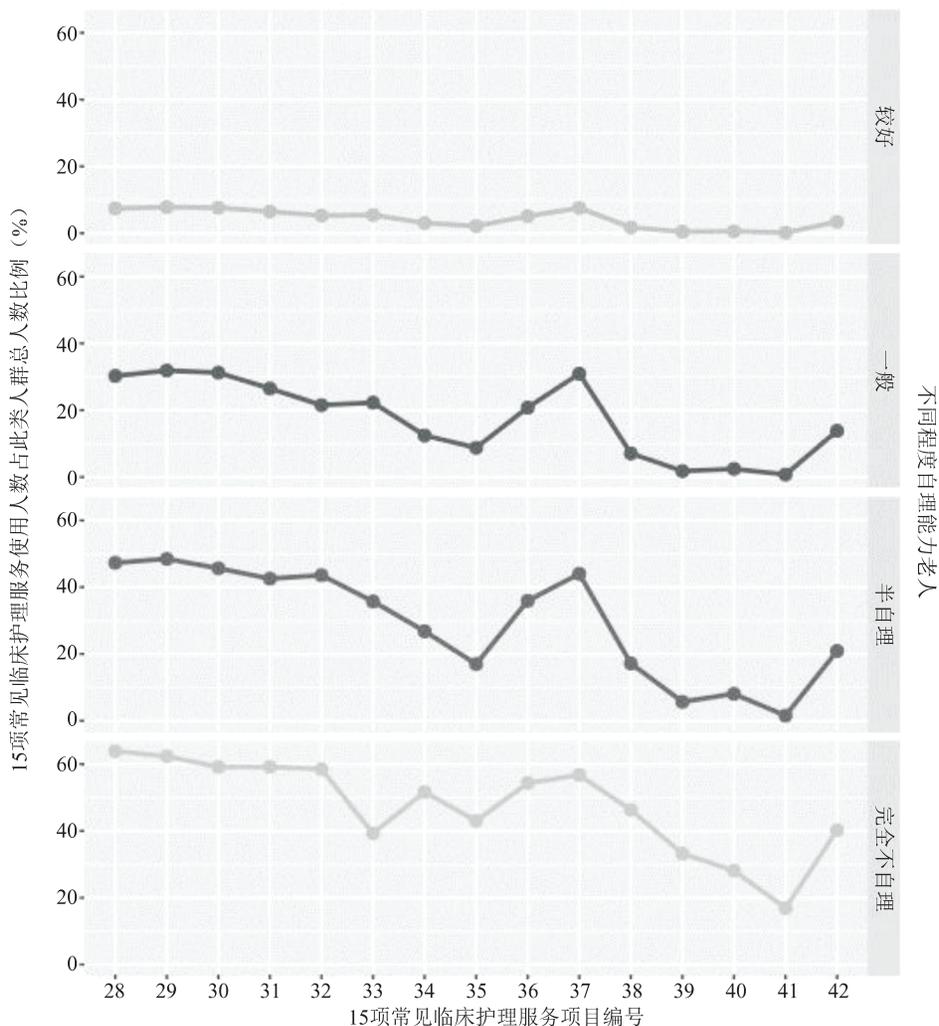


图 3 上海市60岁及以上老人15项常见临床护理服务使用情况

（四）服务的需求

根据服务需求调查的题目（除清单中的服务项目外，您还期望可以享受哪些服务？），部分老年人反馈一方面长期护理服务时间较短，另一方面觉得服务项目与实际需求不匹配。希望增加服务时间，包括增加代配药，陪同外出就医、聊天读报、康复锻炼等方面的项目。

三、讨论

（一）上海市长期护理保险服务项目开展存在的问题

1. 部分长期护理服务项目覆盖率较低，临床护理类项目开展较少

从 42 项单个服务项目来看，临床护理项目的覆盖率普遍低于生活照料服务。生活照料类项目的使用主要集中在基础的个人清洁、整理床单等简单起居项目。有些服务项目如人工取便术、人工肛门便袋护理、灌肠、造口护理、经外周静脉穿刺中心静脉置管（Peripherally Inserted Central Venous Catheters，PICC）维护较其他项目而言覆盖率较低。这些项目对护理人员的专业性与技术性要求较高，操作难度大，开展起来存在一定的困难。究其原因，一方面，由于护

士没有处方权,医嘱通道的不畅造成临床项目难以真正实施。另一方面,上海老年人与护士比远低于理想标准,操作时又存在环境不洁下的实施风险,因此居家上门受限,导致无法保障临床护理服务的有效开展。

从自理能力来看,老人的自理能力越差,所使用的长期照护的数量也随之增加。全失能的人群总体项目使用率比前 3 者都要高,相对而言,个别项目使用率较低,例如第 6、14、17、21、24 项,即沐浴、人工取便、会阴处理、借助器具、生活自理能力训练,可能由于全失能老人由于多数长期卧床,机能损伤较严重,所以有部分项目使用不到或开展起来较困难而造成使用率相对较低的情况。目前,上海长期护理保险服务主要还是侧重于个人身体护理为主,对于重度失能老人,仅有的服务时间与服务项目仍存在连续性不足,内容不够精确的问题,尚不能真正满足老人的需求。

2. 服务提供与需求之间还存在落差

针对服务本身,当前提供的老年医疗护理服务与需求之间的供需矛盾表现较为集中。一是服务时间上较老年人主观期望时间要短,客观上存在服务时间安排不灵活的问题。从反馈的情况来看,一是多数老年人觉得服务时间太短,护理人员作业过程太仓促,尤其是面对失能程度较高的老年人时,没有办法提供全方位的服务,一些较为耗时的项目也存在服务效果降低的情况。二是服务项目与实际需求不匹配,主要是以身体方面的服务为主。部分老年人提出了服务项目与他们所期望的服务内容有一定差距,比如缺少专项预防与康复护理项目、无法提高老人恢复生活自理的能力、缺少家务援助类服务项目,此外还出现了对 24 小时应答型服务的需求。部分老年人还希望护理人员在提供服务之余跟他们有一定的互动和交流,体现了老年人对精神层面和心理方面的服务需求。

(二) 对上海市长期护理保险服务项目开展的建议

上海市长期护理保险目前开展的服务,主要还是以生活照料类的服务为主,常用的临床护理服务开展利用较低,且服务供给与老年人的需求间仍存在差距,包括服务项目的限制、项目开展受限。归根结底,依然是由于人力、物力的缺乏。因此,建议开展与服务项目匹配的护理员培训,提升护理人员的资质与素养,对照当前长护险护理人员缺口,尽快建立统一的养老护理服务水平评价机制。另一方面,提升服务项目的开展范围与精准度。更加注重以需方为中心的护理服务,适当增加不同老年人群体的有针对性的项目。如针对长期卧床的老人,为其提供康复训练的项目;对于独居的老年人,适当增加精神慰藉方面的服务项目。为老年人提供与其需求相匹配又相对多元的长期护理服务。

基于服务利用者视角的上海市长期护理保险服务需求研究

谢春艳^{1,2} 程文迪² 王常颖² 万铃珊² 陈多² 曹宜璠² 丁汉升²

[1. 华东理工大学社会与公共管理学院, 上海 200237

2. 上海市卫生和健康发展研究中心 (上海市医学科学技术情报研究所), 上海 200031]

探索建立长期护理保险制度, 是应对人口老龄化、健全社会保障体系的重要制度安排。上海市从 2017 年 1 月开始长期护理保险试点工作, 委托第三方评估机构对申请长期护理保险的老年人进行需求评估, 根据评估结果分级分类提供服务。在服务方面, 以老年人个人长期护理服务需求为中心, 确定了 42 项适合失能老年人的基本生活照料项目和与基本生活密切相关的医疗护理项目, 形成了长期护理保险服务项目清单, 并对应每个服务项目, 制定了相关服务标准和规范。2018 年 1 月, 长期护理保险试点扩大至上海市 16 个区。

上海市长期护理保险试点得到了学界的很多关注, 并有相关学术文章发表, 但相关研究多是对上海市长期护理保险政策制度和实践做法的介绍和探讨, 聚焦于实施过程中的现状梳理、问题分析和对策建议, 多为服务提供方和管理方的视角, 缺乏从服务利用者的角度对长期护理保险的服务感受和需求情况的研究。本文通过对上海市 16 个区的社区老年人进行大规模问卷调查, 筛选出接受长期护理保险服务的老年人, 从服务利用者的角度发现长期照护服务提供中存在的问题并提出建议, 为相关政策完善提供参考。

一、数据来源与方法

(一) 数据来源

本文的数据来源于《2018 年上海市老年人长期护理保险制度认知、服务利用与需求调查》问卷的部分调查结果。该问卷将上海市 16 个区的 335 家社区卫生服务中心纳入调查范围, 基于方便抽样的原则, 对每个社区卫生服务中心前来看诊的 30 个 60 岁及以上老年人进行调查, 最终获得有效问卷共 6843 份。该调查问卷包括上海市长期护理保险制度认知和上海市长期护理保险服务利用与需求两部分内容, 其中后半部分主要是针对通过了上海市长期照护统一需求评估并接受了相关服务的老人, 调查其对已接受服务的感受与需求建议。本文基于服务利用者的视角, 从中筛选出接受了长期护理保险服务的老年人作为研究对象, 在上海市长期护理保险服务利用者中具有一定的代表意义。

基金项目: 美国中华医学基金会卫生系统研究与政策转化合作项目 (CMB-CP 14-190); 上海市加强公共卫生体系建设三年行动计划 (2015—2017年); 上海市医养结合体系建设研究 (GWIV-37); 上海市卫生和健康委员会政策研究课题: 健康中国背景下的整合型老年健康服务模式研究——基于社会工作的视角 (SYXF0111745)。

（二）调查工具

研究人员设计了上海市长期护理保险制度认知、服务利用与需求调查问卷，其中关于服务需求的部分，问卷中包含 3 个开放式问题：“Q1- 您还期望可以享受哪些服务？”、“Q2- 您认为目前服务的缺点在哪里？”和“Q3- 您对目前所享受的照护服务有什么建议？”。从每份问卷中抽取这 3 个问题的回答文本，录入 Excel 表格，然后在每个问题的所有回答文本中剔除空白文本和“没有”“无”“暂时想不出”等无效文本，最终获取的 Q1 的有效回答文本 152 条，Q2 的有效文本 188 条，Q3 的有效文本 155 条。

（三）分析方法

本文采用内容分析法对文本内容进行客观、定量的描述。使用 ROST Content Mining 6.0 内容挖掘软件，通过词频分析和语义网络分析，研究调查对象对照护服务的需求、评价和建议。

为了使内容清晰明确，Q1 的回答仅保留希望新增的服务项目作为分析文本，Q2 的回答仅保留对服务不足之处的评价作为分析文本。

将一个问题下的所有回答文本保存在一份 txt 文档中，作为分析样本。然后，利用 ROST 软件的分词和词频分析功能对分析样本进行初步分析。根据初步分析结果，通过人工判断对同义词组进行统一，如将“陪医就诊、陪看病”统一为“陪诊”。结合样本的内容，将与研究主题关联性强的词组添加到软件默认的分词自定义词表，将“能否”“是否”“一些”等与研究主题关联性不强的词语添加到过滤词表。

二、研究结果

（一）长期护理保险服务利用者期望获得的照护服务

通过重新定义的过滤词表和分词自定义词表，进行分词和词频分析，得到过滤后的关键词有效词表。由于篇幅限制，本文仅列出词频排名前 20 位的关键词（表 1）。这些词反映了调查对象希望获得的照护服务及其扩展服务的核心内容。

根据表 1 可知，大部分调查对象最希望增加“做饭”“打扫卫生”“洗衣服”“买菜”“做家务”“整理房间”“扫地”等家政服务。一部分调查对象希望在外出就医（“代配药”、“陪诊”）、购物（“购置生活用品”）、散步（“陪伴外出散步”）时能有人帮忙。还有一部分调查对象希望增加“陪聊天”“心理疏导”“陪伴”等情感支持服务。

表 1 长期护理保险服务利用者还期望可以享受的前 20 位服务关键词表

序号	关键词	词频 (次)
1	做饭	27
2	洗衣服	15
3	服务	15
4	代配药	15
5	打扫卫生	15
6	买菜	14
7	做家务	14
8	上门	11
9	陪诊	10
10	陪聊天	10
11	整理房间	7
12	心理疏导	6
13	购置生活用品	6
14	按摩	5
15	陪伴	4
16	时间	4
17	扫地	4
18	外出	3
19	陪伴外出散步	3
20	理疗	3

基于关键词构建社会网络分析图 (图 1), 社会网络分析图的节点面积大越大, 表示该节点链接的节点越多, 其重要性就越大。两节点之间连线越粗, 代表两个节点之间的关联强度越强。

从图 1 中分析可知, 老年人反映希望增加的服务, 按照关注程度大致分为 4 类。第一类是“做饭”“打扫卫生”“买菜”等家务服务。如回答所述:“能提供生活起居, 买菜、做饭、打扫卫生等服务”。第二类是“代配药”“陪诊”“陪伴外出散步”等外出陪护服务。如回答所述:“由于我们老年人行动不便, 希望可以为老年人外出代配药, 取药或陪护就医”。第三类是“注射”“输液”“理疗”等简单的上门医疗和康复护理服务。如回答所述:“希望能提供上门换药, 护理伤口等服务”。第四类是“陪聊天”“心理疏导”“读书”“读报”等陪伴、心理和情感支持服务。如回答所述:“最好能多点时间陪伴, 能读书读报给我听”。

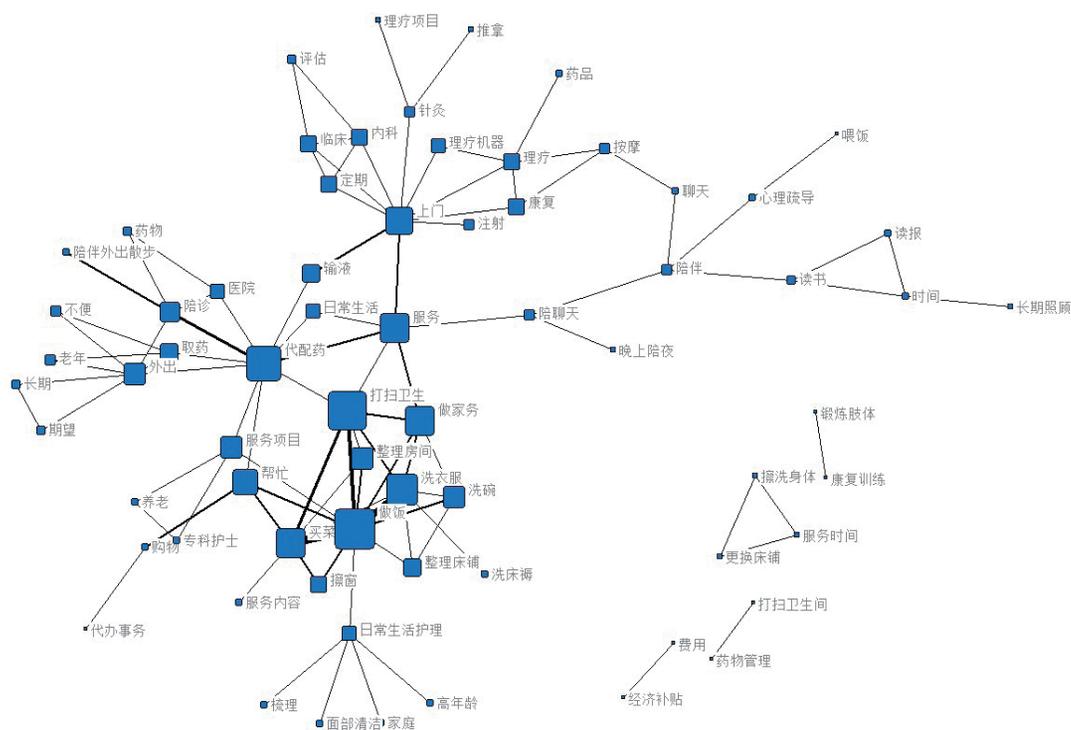


图 1 长期护理保险服务利用者还期待享受的服务的社会网络分析图

(二) 目前长期护理保险服务的缺点

根据调查结果，筛选出服务利用者认为目前服务存在的缺点中排名前 20 位的关键词（表 2），可以看到大部分调查对象对当前服务提及最多的关键词是“时间太短”，可见调查对象认为当前照护服务中存在的主要缺点是照护服务的时间太短。结合回答原文，发现针对“照护人员”这一关键词反映的缺点是服务人员更换太频繁、业务水平低。针对“无法固定”这一关键词，调查对象反映的缺点是上门服务时间不固定。

表 2 长期护理保险服务的前 20 位缺点关键词表

序号	关键词	词频 (次)
1	时间太短	44
2	服务时间	29
3	时间	29
4	照护人员	17
5	服务	14
6	服务项目	14
7	不够	12
8	项目	12
9	无法固定	5
10	每次	4
11	服务内容	4
12	较单一	4
13	不准	3
14	长期照护	3
15	照护	3
16	安排	3
17	方便	3
18	评估	3
19	护理	3
20	外界	2

基于关键词构建社会网络分析图 (图 2), 由图可知, 调查对象反映的服务缺点主要聚焦在时间、人员和项目 3 个方面。在时间方面, 关键词“不够”反映了服务时长的不足, 如回答所述:“增加平均每日服务时间, 改为 2 小时 / 天 / 次, 最好”。关键词“不准”“灵活度不够”“安排错乱”等反映了照护人员上门时间不固定, 服务缺乏针对性和个性化, 如回答所述:“照护人员上门时间无法固定, 时早时晚”。在人员方面, 关键词“水平”“熟练度”“专业性”等反映了照护人员业务水平低, 如回答所述:“照护人员的专业性有待提高; 专业技术不够; 不是专业人员”。关键词“更换太频繁”反映照护人员流动性太大的特点。调查对象还反映“男性”照护人员不足, 照护人来自“外地”, 交流不便。在项目上, 调查对象反映服务项目“较单一”、“一成不变”, 希望项目更加“全面”, 更有“针对性”和“灵活性”。

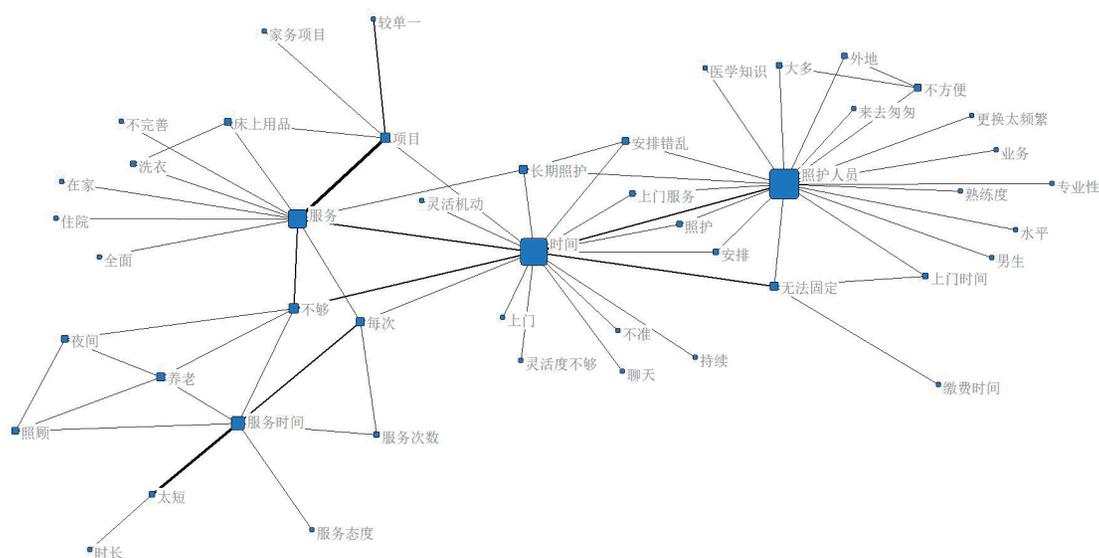


图 2 长期护理保险服务目前存在缺点的社会网络分析图

(三) 对目前长期护理保险服务的建议

根据调查结果, 筛选出服务利用者对目前服务的建议中排名前 20 位的关键词 (表 3), 可以看到大部分调查对象对当前服务提及最多的是“增加”“延长”“照护”“时间”, 可见调查对象对当前服务最多的建议是希望延长照护时间。“培训”、“服务质量”在调查对象中的提及次数也比较多, 结合回答原文发现, 调查对象希望加强人员培训, 提高服务质量。

表 3 服务利用者对目前长期护理保险服务的前 20 位建议关键词表

序号	关键词	词频 (次)
1	增加	47
2	时间	43
3	照护	26
4	延长	23
5	服务时间	20
6	服务	19
7	人员	19
8	服务质量	11
9	服务项目	11
10	护理	10
11	培训	7
12	提高	7
13	长期照护	7
14	加强	7
15	项目	6
16	陪聊天	6
17	更长	5
18	照顾	5
19	护理员	4
20	居家	4

基于关键词构建社会网络分析图(图3),由图分析可知,调查对象对当前服务的建议主要聚焦在时间和人员两个方面。在时间方面,调查对象建议增加服务时间。如回答所述:“希望能减少次数,增加每次时间2~3小时”和“增加平均每日服务时间,改为2小时/天/次,最好”。在人员方面,调查对象建议加强人员培训,提高人员整体素质,加强服务质量。如回答所述:“照护人员的业务培训要加强”“提高照护人员文化素质和服务技能”“护理者对服务质量高一点,护理态度好一点”。

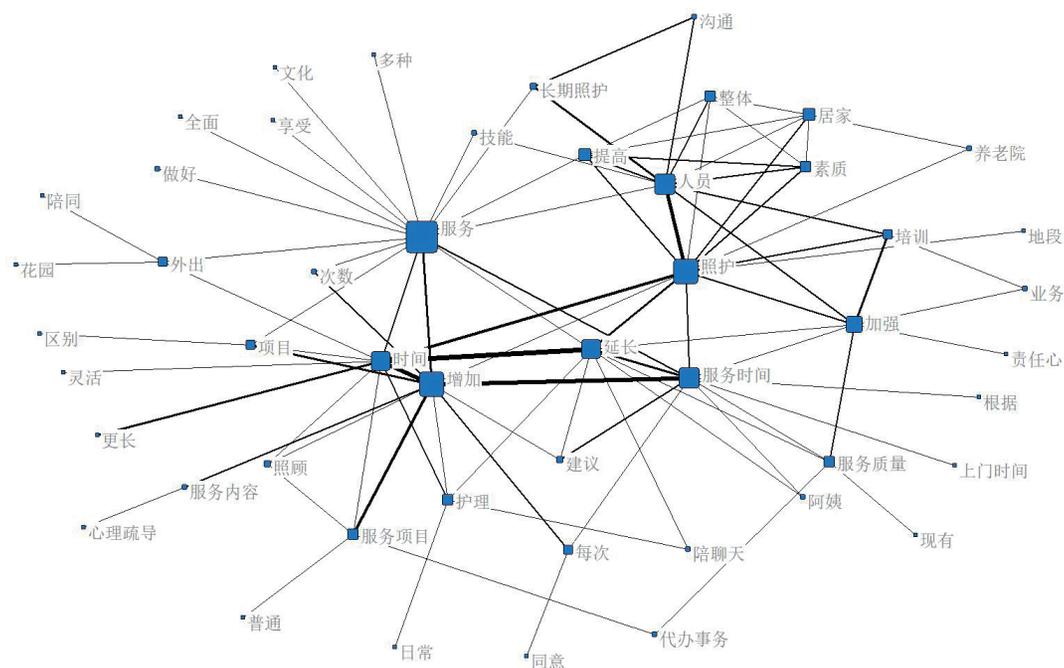


图3 服务利用者对目前长期护理保险服务建议的社会网络分析图

三、讨论与建议

本文以服务利用者的视角了解老年人对长期护理保险服务的需求,分析了上海市长期护理保险服务的现状与不足之处。调查结果所反映出的关于老年人对长期护理保险服务的需求与期待,主要集中于服务范围和项目内容、服务时间及服务人员等三个方面,服务利用者对扩大服务范围、增加服务项目及服务时间、提高照护人员能力和服务质量的呼声较高。根据长期护理保险制度的政策目标,老年人的这些需求有些是合理的,有些是不尽合理的过高期待,需要我们从两方面辩证分析。

(一) 加强服务提供,提升长期护理保险服务能力

我国现有的长期护理保险服务无论在服务项目范围内容还是服务提供实践方面都有提升与改进的空间。

以上海市为例,首先,在政策规定的服务项目范围和内容方面,从上海市发布的长期护理保险服务项目清单来看,42项服务主要包括针对老年人个人生活起居的基本生活照料项目和与基本生活密切相关的医疗护理项目,缺乏很多老年人亟需的康复护理服务和心理慰藉等关注老

年人心理、社会功能恢复的服务项目。现有的对城市社区失能老年人的需求调查也显示,失能老人对康复护理、心理慰藉、就医陪护、代为配药、理发等服务的需求度最高,这与本文调查发现长期护理保险服务利用者对“陪伴”“心理疏导”“理疗”等服务的需求相一致。

其次,从上海市长期护理保险服务提供实践来看,服务提供机构根据照护需求评估的分级结果,在 42 项服务项目清单中选择服务项目,自行制定照护计划。然而,目前仅仅对照护需求进行服务分级仍存在很大的局限性。根据对服务提供过程的调查发现,由于服务提供只是根据评估结果等级推荐建议的照护服务类别(例如居家照护、社区照护、机构照护等),需求评估结果并未与具体的服务计划挂钩,服务提供机构的照护计划主观性、随意性较强。根据本文的调查结果也显示部分老年人所获得的服务与自身情况不匹配,服务内容与服务时间缺乏灵活性,服务感受与体验较差。因为缺乏照护计划形成的科学依据及客观标准,相关主管部门也难以进行有效的服务规范与监管。相关研究也表明,我国多数地区长期照护服务存在服务的针对性不足、精准性欠缺、供需错位与失衡等问题,导致了潜在需求难以有效释放,制约了长期护理保险制度保障功能的实现,部分失能老人照护需求难以有效满足,对长期护理保险制度认同感和获得感不强。

再次,服务人员的专业性不足、能力水平不高也是老年人反映的一个主要问题。原因在于照护人员队伍发展空间有限、流动性强,能力水平参差不齐,部分人员的服务质量难以保证,已有相关研究也有同样的结论。

随着我国长期护理保险制度的发展与完善,在基本满足老年人基本生活照料需求和相关医疗护理服务需求的同时应加快照护服务人员队伍建设,加强专业能力培训,保障服务人员职业待遇,稳定人员队伍,从而提升服务水平和服务质量,改善老年人对长期照护服务的体验,提高老年人对长期护理保险制度的认同感与获得感。建议下一步应不断扩展长期护理保险服务范围与服务内容,重点关注老年人的心理、社会功能康复发展需要,优先满足失能老人最迫切的服务需求。加快研究制定个性化照护计划的科学方法并进行政策试点和推广应用,提升照护服务内容的针对性、精准性和专业性,改善服务时间的灵活性与个性化。

(二) 强调家庭责任, 加强社会治理, 引导合理需求

从调查结果来看,目前老年人的需求和期待也并不完全是科学合理的。基于“保基本”的政策目标,要避免福利陷阱,长期护理保险制度对部分无差别、无限制的增加服务内容和时间等不合理的过高期待和需求不能照单全收。在我国这样一个重视家庭功能和孝道文化的社会中,照护服务体系中还要强调家庭应有的责任,正式照护并不是对非正式照护的替代,而是针对非正式服务不足所提供的预防性、补救性与辅助性的服务,尽可能维护老年人的独立自主能力。因而不能过度依赖正式照护体系,而忽略了家庭非正式照护的责任与功能。例如本文的调查显示,很多老年人希望增加做饭、洗衣服、打扫卫生等家务服务,这是在不考虑需求评估分级结果和自身失能严重程度的基础上单方面要求增加照护时间,这些不合理的、过高的期待和需求,完全依靠长期护理保险制度来满足是不现实、不公平也是不可持续的,尤其是对一些简单的家务服务需求,应倡导通过家庭、社会 and 市场化提供服务来满足。此外,应倡导尊

老爱老的社会文化，发掘多元社会治理的潜力，充分利用家庭和社会民间组织的力量，发挥亲属和志愿者等非正式照护者在养老服务和照护服务中的作用，从加强社会治理的层面提升老年人的生活质量和健康福祉。

《卫生与健康》

重视老年健康服务中的若干问题

郑松柏

(复旦大学附属华东医院, 上海 200040)

早在 1948 年, 世界卫生组织 (World Health Organization, WHO) 将健康定义为: 健康是指一个人生理上、心理上和社会上的完好状态, 不仅仅是无疾病或虚弱 (Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity)。2013 年中华医学会老年医学分会发布了《中国健康老年人标准》, 共 5 条, 较为具体、实用。事实上, 老年人不仅不可能处于无病状态, 而且常常是多种慢性非传染性疾病 (以下简称“慢病”) 并存, 这些老年慢病 (包括癌症) 及其并发症是老年人致残致死的主要原因, 因此老年人健康管理和医疗服务的重点应该是: 有效控制慢病, 减少或延缓慢病并发症的发生, 同时尽力维护好老年人现有的机体功能。在我国人口老龄化日益加剧的今天, 老年健康服务应重视以下问题。

一、重视老年健康服务人才培养和队伍建设

人口老龄化必然对老年卫生服务的需求增加, 对老年卫生服务的能力和水平提出了新的更高的要求。为挑战现有的卫生服务体系和服务能力, 必须大力培养老年健康服务专门人才, 包括老年病科医师、护师、营养师、康复师等, 并建立相应的学位和职称系列, 打造一支有职业归属感、有相应规模的稳定的老年健康服务队伍。要实现这一目标, 首先要将老年医学纳入医学本科教育课程, 同时, 培养老年医学硕士、博士; 第二, 在现行的毕业后教育即住院医师规范化培训和专科医师培训中, 要将老年病科单列, 培养老年病科专科医师; 第三, 要建立老年病科高级职称系列; 第四, 二级甲等及以上的医院应该设置老年病科, 除完成相应的老年医疗保健服务任务外, 还要承担老年健康服务人才培养任务。

二、重视培育现代老年病学思想

现在大医院的学科越分越细, 亚专科往往追求的是如何把“病”治好, 对“病人”作为一个整体关注不够, 但现代老年病学不同于其他专科, 不只是关注“病”, 更关注“病人”, 关注老年病人的残存功能保护和生存质量。可以将现代老年病学归纳为: 一个中心即健康老龄化; 二大基石即营养和运动; 三大核心即老年综合征、老年综合评估、多学科服务团队。显然, 老年病学服务的模式是显著不同于其他专科的。

三、重视老年健康服务体系建设

我国现有的医疗卫生服务体系并不适合老年病人,在实际工作中有诸多瓶颈或痛点,如:老年慢病管理到底谁负责、救治与康复如何衔接、需要长期照护的老年病人怎么办、终末期老年病人应该在哪里善终。因此,必须打破机制、体制和隶属关系的限制,做好顶层设计,逐步建立具有我国特色的公平可及、连续性的、全程的老年健康服务体系,包括健康管理、慢病控制、急性/亚急性疾病诊疗、出院后康复、长期照护、临终关怀等,做到彼此密切衔接、双向转诊、一体化管理。在这方面,中国港台地区、日本、英国、美国等地区和国家已有多年的成功经验,值得借鉴。《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》(国发〔2013〕40号)曾要求:各地要鼓励以二级医院转型或新建等多种形式,合理布局、积极发展康复医院、老年病医院、护理院、临终关怀医院等医疗机构。近几年来,在老年医疗、护理、康复和养老的巨大需求驱动下和有关政策的支持下,各地公办和民办的这类机构明显增加,但在管理、服务、技术和收费的系统化、规范化和标准化等方面还有大量的工作要做,与二、三级医院的衔接和双向转诊也缺乏制度性安排。

四、重视老年人重大疾病防控

危害老年人生命和生存质量的重大疾病除心脑血管疾病和恶性肿瘤外,还有老年性痴呆、骨质疏松症、感染(尤其是肺部感染)、少肌症与衰弱综合征等,这些重大疾病,不仅是临床问题,更是重大的公共卫生问题。政府和社会应该投入更多人力和财力,对这些重大疾病的防控策略进行研究,为老年健康服务提供智力和技术支撑。

五、重视老年人意外伤害防范

意外伤害是一个严峻的公共卫生问题,世界卫生组织称其是严重危害人类健康的主要原因之一。老年人是易遭受意外伤害的脆弱人群,而且后果严重,致残致死率高,因此,老年人意外伤害的防范意义重大。跌倒是老年人意外伤害和死亡的主要原因,据世界卫生组织 2007 年报道,全球每年有 64.6 万人死于跌倒,65 岁及以上的老年人年跌倒发生率为 28%~35%,70 岁及以上的老年人则增至 32%~42%。因身体状况、感觉和认知功能随着年龄的增长而不断恶化,老年人跌倒风险的增加是不可避免的,有关跌倒的危险因素和防范举措的研究报道浩如烟海,也取得大量的研究成果。未来有关跌倒的研究应主要集中在社区和居家环境的改进、与跌倒相关机体功能的维护以及个人、家庭和社会防跌倒意识的提高等方面。针对各地区老年人跌倒的特点乃至每一位老年人的具体情况,制订相应的防范策略或具体防范措施,则更具现实指导意义。

上海市社区康复资源现状与国际比较

王常颖¹ 程文迪¹ 薛佳¹ 曹宜璠¹ 万铃珊¹ 陈多¹ 谢春艳^{1,2} 丁汉升¹

[1. 上海市卫生和健康发展研究中心 (上海市医学科学技术情报研究所), 上海 200031

2. 华东理工大学社会与公共管理学院, 上海 200237]

目前, 世界上正面临着健康和人口变化的新挑战: 人口老龄化加深、慢性非传染性疾病患病率增长、伤害的影响不断加重。这些卫生、社会和经济影响使得政策制定者不仅只关注医疗卫生服务, 同时需要关注功能的维持、提升, 以及生活幸福。据估算, 74% 的伤残损失寿命年 (Years Lived with Disability, YLDs) 可以通过康复改善, 但在我国, 康复资源较为缺乏, 而对康复的需求还在持续不断增长中。世界卫生组织 (World Health Organization, WHO) 指出, 初级卫生保健 (primary health care) 是需要长期康复人群的关键平台。本文旨在针对上海市社区卫生服务中心康复护理资源现状开展调查, 并与部分经济合作与发展组织 (Organisation for Economic Cooperation and Development, OECD) 国家进行对比, 以期摸清本市社区康复 (Community Based Rehabilitation, CBR) 资源情况。

一、资料与方法

(一) 资料

资料来源为课题组设计的《医疗机构调查表》, 上海市人口数据来自于《2018 年上海统计年鉴》, 上海全市与全国数据来自文献资料, OECD 国家数据来自 WHO 数据库及 OECD 数据库, 由于数据可获得性原因, 部分 OECD 国家数据时限早于 2017 年。

(二) 方法

1. 调查方法及工具

项目组于 2018 年 12 月 7~20 日在上海市开展调查, 覆盖上海市 16 个区所有社区卫生服务中心, 共计 247 家。课题组以电子邮件形式将设计的《医疗机构调查表》发至上海市 16 个区卫健委, 由卫健委下发至其区内所属每一家社区卫生服务中心, 社区卫生服务中心填写纸质调查表。调查内容包括机构性质、类别、人员及床位情况、为 60 岁及以上老人开展服务情况等。人员及床位情况包括康复、老年护理、安宁疗护等资源情况, 为 60 岁及以上老人开展服务情况为上海市长期护理保险 42 项服务项目。数据时限为至 2017 年底。所有 247 家社区卫生服务中心填写的纸质调查表于 2018 年 12 月 20 日前全部回收。

基金项目: 上海市卫生健康委员会财政专项 (老年照护服务与管理决策支持研究); 上海市卫生健康委政策研究项目 (健康中国背景下的整合型老年健康服务模式研究, 201740085); 上海市卫生健康委政策研究课题 (完善上海市老年健康服务体系策略研究, 2020HP19)

本文转载自《中国康复理论与实践》2020年12月第26卷第12期

2. 质量控制

在正式发放调查表前, 项目组对上海市 16 个区的调查负责人员进行培训, 确保人员能够充分熟悉调查表内容, 保证对此次调查的责任心。调查过程采取三级质控的方式。一级质控: 由调查人员自查, 主要检查调查问题与答案的匹配情况; 二级质控: 由 16 个区的调查负责人员进行二次质控, 主要检查机构是否遗漏、调查内容缺项漏项等情况, 不合格的调查表予以退回复查或者补充信息; 三级质控: 由课题组成员对全部回收的调查表进行抽样检查。

3. 数据录入及整理

调查结束之后, 由课题组进行数据录入, 初步形成数据库。为尽量减少回答和输入过程中出现的数据缺失或数据有误的情况, 课题组对数据进行整理, 保证数据准确性。数据整理内容包括: (1) 修正或删除明显的输入错误, 如负值; (2) 缺失数据的补充, 无法补充的空格填补为“NA”。

二、结果

(一) 上海市社区康复人员数

经调查可知, 截至 2017 年底, 上海市社区卫生服务中心共有医师数 12960 人、护士数 12166 人, 医生数略多于护士数。康复医师数 152 人, 康复治疗师数 597 人, 为康复医师数的 3.93 倍, 总体而言康复人员数较为短缺。从每千户籍人口数及每千户籍老年人口来看, 医师数、护士数、康复医师数及康复治疗师数分别为 0.89 人/千人、0.84 人/千人、0.01 人/千人、0.04 人/千人, 与 2.69 人/千人、2.53 人/千人、0.03 人/千人、0.12 人/千人 (表 1)。

表 1 2017 年上海市社区卫生人力资源情况

类别	户籍人口拥有卫生人力资源情况 (人/千人)	户籍老年人口拥有卫生人力资源情况 (人/千人)
医师数	0.89	2.69
护士数	0.84	2.53
康复医师数	0.01	0.03
康复治疗师数	0.04	0.12

部分 OECD 国家每千人口康复治疗师数超过 2 人/千人, 如挪威 (2.43 人/千人)、卢森堡 (2.01 人/千人)、德国 (2.27 人/千人)、芬兰 (2.07 人/千人)、比利时 (2.02 人/千人) 等; 较低的也处于 0.5 人/千人左右的水平, 如英国 (0.42 人/千人)、匈牙利 (0.51 人/千人)、奥地利 (0.44 人/千人)、日本 (0.48 人/千人) 等。上海市及我国每千人口康复治疗师数远远偏低, 上海市仅为 0.15 人/千人 (户籍)、我国仅为 0.004 人/千人, 即每 100 万人口分摊 4 名康复治疗师 (表 2)。

表 2 2017年我国与部分OECD国家或地区康复治疗师情况

国家或地区	每千人口康复治疗师数 (人/千人)	国家或地区	每千人口康复治疗师数 (人/千人)
挪威	2.43	澳大利亚	0.95
德国	2.27	希腊	0.75
芬兰*	2.07	韩国	0.69
比利时	2.02	美国	0.69
卢森堡	2.01	爱尔兰	0.65
荷兰	1.92	加拿大	0.61
冰岛	1.74	匈牙利	0.51
丹麦*	1.73	日本*	0.48
瑞典*	1.34	奥地利	0.44
法国*	1.32	英国	0.42
以色列	1.24	中国	0.004
西班牙	1.10	中国上海市(全市)	0.15
新西兰	1.07	中国上海市(社区)	0.04
意大利	1.01		

注：此处OECD国家康复治疗师数为物理治疗师(physiotherapist, PT)人数。

*丹麦、法国、瑞典为2016年，芬兰为2014年，日本为2011年数据。

(二) 上海市社区康复床位数

截至 2017 年底,上海市社区卫生服务中心共有床位数 17484 张,其中护理床位数 10979 张、占总床位数比重为 62.79%;康复床位数 1425 张、仅占比 8.15%,可见社区床位大部分为护理床位。每千户籍人口、每千户籍老年人口的床位数、护理床位数与康复床位数分别为 1.20 张/千人、0.75 张/千人、0.10 张/千人,及 3.63 张/千人、2.28 张/千人、0.30 张/千人(表 3)。

表 3 2017年上海市社区老年人口床位情况

类别	户籍人口拥有床位情况(张/千人)	户籍老年人口拥有床位情况(张/千人)
床位数	1.20	3.63
护理床位数	0.75	2.28
康复床位数	0.10	0.30

与部分 OECD 国家比较可知,上海市全市、社区每千人口康复床位数低于德国(1.99 张/千人)、法国(1.58 张/千人)、匈牙利(1.53 张/千人)等国家,但高于美国(0.05 张/千人)、韩国(0.04 张/千人)、芬兰(0.04 张/千人)、丹麦(0.03 张/千人)等国家,处于中等偏下水平(表 4)。

表 4 2017年上海市与部分OECD国家康复床位情况

国家或地区	每千人口康复床位数 (张/千人)	国家或地区	每千人口康复床位数 (张/千人)
德国	1.99	荷兰	0.11
法国	1.58	葡萄牙	0.05
匈牙利	1.53	美国*	0.05
奥地利	1.26	芬兰	0.04
卢森堡	0.89	爱尔兰	0.04
瑞士	0.84	韩国	0.04
比利时	0.56	西班牙	0.04
意大利	0.42	丹麦	0.03
以色列	0.27	希腊	0.03
冰岛	0.17	中国上海市（全市）	0.16
加拿大	0.12	中国上海市（社区）	0.10

*美国为2016年数据。

三、讨论

（一）康复需求

总体而言，康复资源需求日益增长。康复服务需求主要来自三类人群：一是老年人群，老年人高发病率的高血压、糖尿病、关节炎、心脑血管病和呼吸系统疾病等均为康复治疗的主要病种，随着本市人口老龄化、高龄化程度的不断加深，需要康复服务的失能及部分失能老年人也日益增多；二是残疾人群，研究发现，康复服务通过协调地运用各种措施，最大限度补偿残疾人功能缺陷，释放潜在劳动力，使其重返社会，提高生活质量，减少其自身、家庭和社会负担；三是慢性病患者，有研究指出，我国慢性病患者中 80% 需要康复治疗，而现有医疗机构的康复资源严重不足，大量患者得不到及时规范的康复治疗和功能训练。

1. 老年人康复需求

上海市人口老龄化、高龄化问题十分严峻。截至 2017 年底，户籍 60 岁及以上老年人口为 481.61 万人，较 2016 年增加 23.81 万人。老年人占户籍总人口比例为 33.10%，自 2015 年首次突破 30% 后进一步增长，老龄化程度进一步加深。研究指出，失能失智老年人（轻度到重度）占 60 岁及以上老年人口比重高达 14.6%，其中完全失能老年人占比为 4.8%，据此推算得出上海市失能失智老年人口为 70.32 万人。

2. 残疾人康复需求

根据第六次全国人口普查和第二次全国残疾人抽样调查结果，获得康复服务的残疾人约占残疾人总数的 14.92%。2018 年，上海市共有残疾人 14623780 人，而目前只有 16.7% 有康复需求的残疾人能得到康复服务，按此比例推算，还有 121.82 万人需要康复服务。

3. 慢性病患者康复需求

根据 2013 年国家卫生服务调查显示，慢性病患者率为 24.52%，且随着年龄的增加显著上升，

其中 80% 的慢性病患者需要康复治疗。按照 2017 年末上海市常住人口 2418.33 万人进行推算,上海市需要康复服务的慢性病患者数达 474.38 万人,其中 344.45 万人为老年人口。

有研究指出,机构式康复的人均费用约为 100 美元,仅覆盖 20% 的康复对象,而社区康复人均费用仅 9 美元,却覆盖了 80% 的康复对象。可见在社区开展康复服务费用较低,受益人群较广。社区康复是社区卫生服务的基本内容之一,《上海市社区卫生中心基本服务项目目录》中将 8 项社区康复服务列入社区卫生服务中心 141 项基本服务项目之中。目前,上海市社区康复发展不充分,资源较为缺乏,服务供给规模相对较小,供需不匹配,供给方面存在着康复人员、床位少等问题;而在需求方面则存在着康复需求不断增长、康复意识不足等问题。面临着的发展瓶颈也预示康复行业有较大的潜力。

(二) 应对措施

1. 加强对社区康复工作的支持

2017 年出台的《上海市康复医疗服务体系发展规划(2016-2020)》(沪卫计医〔2017〕002 号),围绕着“建体系、扩队伍、立机制、增能力”,力争在 5 年内初步形成符合疾病发展特点的分层次、分阶段的全程康复医疗服务体系,并提出“恢复期康复医疗机构以基层医疗卫生机构为主,提供以门诊、上门服务和居家为主的社区康复训练与指导,开展健康教育与宣传,衔接康复、护理与养老。”有文献指出,虽然康复是基层卫生中的关键环节,卫生主管部门通常将预防及医疗服务放在更优先的位置上,而社区康复通常缺乏强有力的领导和规划。对社区康复在人群健康中所起的作用认识不足,导致了康复常常缺乏足够的筹资,进一步限制了有需要的人群在社区获得康复服务。在 WHO 卫生体系康复行动指南(WHO Rehabilitation in Health Systems – Guide for Action)中提到了如何发展、实施康复,首先确保康复的内容被整合进卫生规划和筹资过程中,以及被包含在全民医疗保健(universal health coverage)的基本服务包中,并提出了康复干预基本服务包的初始版本,适宜指导社区开展服务;其次,从情况分析-计划与设计-实施及监督-评估等四个环节分阶段开展社区康复项目,WHO 于 2010 年发布了《社区康复指南》,其中指出需要根据每一个社区的独特情况,从四个阶段出发,以保证社区康复项目能满足社区的实际需求、现实情况及成本-效益比;第三,动员服务提供方,宣传强调康复的个人、社会及经济影响,提升社会对社区康复的关注度。研究发现,许多患者由于没有及时意识到康复的重要性,在病后留下功能障碍,严重影响生活质量,对身心都造成了较大的负担,而社区康复服务便捷、可及性高,是接受初级卫生保健和利用社区资源的主要途径。

2. 增加社区康复资源供给

康复资源的可及性取决于是否有能够满足人群需要的资源。在上海,三甲医院服务资源集中、人员经验丰富,相较而言社区卫生服务中心通常仅开展部分物理治疗及中医康复治疗,难以满足患者康复需求。同时,由于自由就诊,患者也较倾向于前往大医院接受康复服务。研究发现,在社区中,包括全科医生(General Practitioner, GP)、护士、社区卫生工作人员等医务人员接受康复知识训练不足,对一些常见疾病,如背痛、心脏病,实施康复治疗较为困难。因此,建议首先加强社区床位及人员资源配置,根据人群需要情况调整康复人员的分布,及探索跨学

科服务模式；其次，加大对教育、培训、基础建设和设备的投资，建立多渠道、可持续的筹资机制，增加激励措施，改善康复工作人员绩效，提升社区康复的资源水平，例如在大学里增加康复专业课程、拓宽职业晋升道路等；第三，利用“互联网+”技术为康复工作提供技术支持，可以探索引入远程康复系统，由康复专业人员远程指导 GP 采用恰当的康复治疗手段、善于利用社交软件与社会媒体加强与患者及其家属的沟通交流等；第四，加强 GP 能力培训，进一步提高社区康复质量，注重提升 GP 在功能下降早期识别、康复转诊与随访、风险人群监测等方面的能力，同时提高社区其他卫生人员能力，如培训社区护士如何实施中风后训练、如何教育患肺部或其他慢性疾病的人群做好自我健康管理等；第五，建立完善的社区康复人员培养制度，健全监督机制、拓展人才发展机会。

《人口快讯》

2020 年上海市老年人口和老龄事业监测统计信息

根据《上海市老年人口和老龄事业监测统计调查制度》，在本市各有关部门和各区老龄工作委员会办公室的配合下，上海市卫生健康委员会、上海市老龄工作委员会办公室和上海市统计局完成了 2020 年上海市户籍老年人口和老龄事业监测统计工作(统计截至 2020 年 12 月 31 日)。上海市老龄事业发展促进中心对相关数据进行了系统分析，形成了 2020 年上海市老年人口和老龄事业发展基本信息，现向社会发布。

一、2020 年上海市户籍老年人口信息

(一) 老年人口基本信息

1. 老年人口总量

截至 2020 年 12 月 31 日：全市户籍人口 1478.09 万人。60 岁及以上老年人口 533.49 万人，占总人口的 36.1%。65 岁及以上老年人口 382.44 万人，占总人口的 25.9%。70 岁及以上老年人口 233.47 万人，占总人口的 15.8%。80 岁及以上高龄老年人口 82.53 万人，占 60 岁及以上老年人口的 15.5%，占总人口的 5.6%。100 岁及以上老年人口 3080 人，其中男性 792 人，女性 2288 人。

2. 老年人口性别构成

60 岁及以上老年人口中，男性占 48.0%，女性占 52.0%。65 岁及以上老年人口中，男性占 47.3%，女性占 52.7%。70 岁及以上老年人口中，男性占 46.3%，女性占 53.7%。80 岁及以上老年人口中，男性占 40.7%，女性占 59.3%。100 岁及以上老年人口中，男性占 25.7%，女性占 74.3% (表 1)。

表 1 2020 年末上海市老年人口性别构成

单位：万人、%

年龄段	合计	男		女	
		人数	占同年龄组人口比重	人数	占同年龄组人口比重
60 岁及以上	533.49	256.19	48.0	277.30	52.0
65 岁及以上	382.44	181.08	47.3	201.36	52.7
70 岁及以上	233.47	108.06	46.3	125.41	53.7
75 岁及以上	136.03	59.49	43.7	76.54	56.3
80 岁及以上	82.53	33.59	40.7	48.94	59.3
85 岁及以上	45.91	17.23	37.5	28.68	62.5
90 岁及以上	15.15	5.09	33.6	10.06	66.4
95 岁及以上	3.14	0.91	28.9	2.24	71.1
100 岁及以上	3080 (人)	792 (人)	25.7	2288 (人)	74.3

3. 老年人口年龄构成

60 岁及以上老年人口中，60-64 岁组占 28.3%，65-69 岁组占 27.9%，70-79 岁组占 28.3%，80 岁及以上组占 15.5%（图 1、2）。

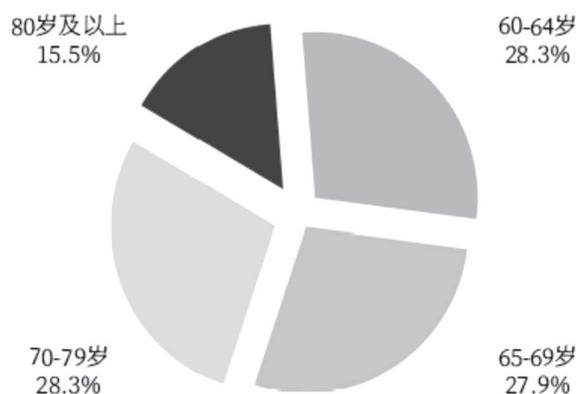


图 1 2020年末上海市60岁及以上老年人口年龄构成

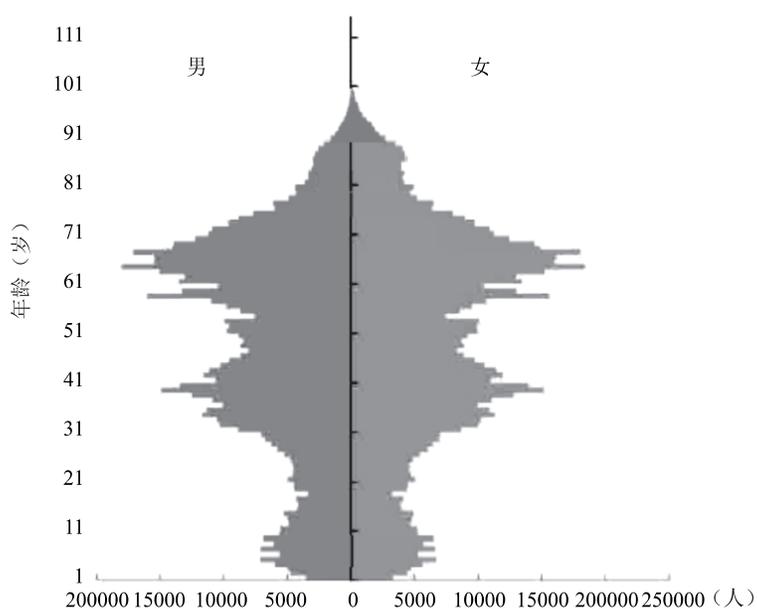


图 2 2020年上海市人口金字塔

(二) 老年人口变动情况

从 2019 年末至 2020 年末：60 岁及以上人口增加了 15.37 万人，增长 3.0%；占总人口比重从 35.2% 增至 36.1%。65 岁及以上人口增加了 20.79 万人，增长 5.7%；占总人口比重从 24.6% 增至 25.9%。70 岁及以上人口增加了 12.76 万人，增长 5.8%；占总人口比重从 15.0% 增至 15.8%。80 岁及以上人口增加了 0.55 万人，增长 0.7%；占总人口比重从 5.57% 增至 5.58%。100 岁及以上人口增加了 351 人，增长 12.9%；每 10 万人中拥有百岁老人人数从 18.6 人增加到 20.8 人（表 2、图 3）。

表 2 2018-2020年上海市老年人口比较

单位：万人、%

年龄段	2018 年			2019 年			2020 年		
	人数	占总人口比重	占 60 岁及以上人口比重	人数	占总人口比重	占 60 岁及以上人口比重	人数	占总人口比重	占 60 岁及以上人口比重
总人口	1463.61	100.0	—	1471.16	100.0	—	1478.09	100.0	—
60 岁及以上	503.28	34.4	100.0	518.12	35.2	100.0	533.49	36.1	100.0
65 岁及以上	336.90	23.0	66.9	361.66	24.6	69.8	382.44	25.9	71.7
70 岁及以上	208.25	14.2	41.4	220.71	15.0	42.6	233.47	15.8	43.8
75 岁及以上	127.80	8.7	25.4	132.15	9.0	25.5	136.03	9.2	25.5
80 岁及以上	81.67	5.6	16.2	81.98	5.6	15.8	82.53	5.6	15.5
85 岁及以上	41.43	2.8	8.2	43.88	3.0	8.5	45.91	3.1	8.6
90 岁及以上	13.26	0.9	2.6	14.14	1.0	2.7	15.15	1.0	2.8
95 岁及以上	2.56	0.2	0.5	2.83	0.2	0.5	3.14	0.2	0.6
100 岁及以上	2516 (人)	2729 (人)	3080 (人)

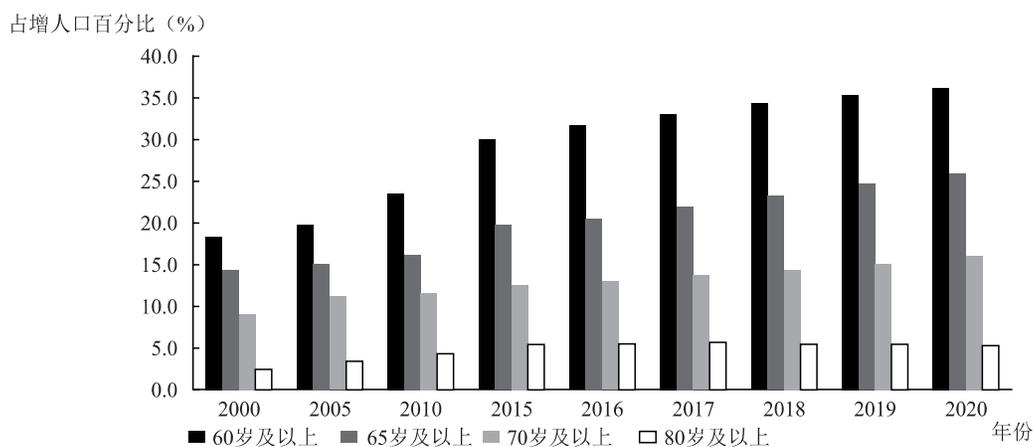


图 3 2000-2020年老年人口年龄结构变化情况

(三) 老年人口抚养系数与人口预期寿命

1. 老年人口抚养系数变动情况

2020 年末, 上海市 15-59 岁劳动年龄人口抚养 60 岁及以上人口的老年抚养系数为 68.0%, 比上年增加 2.8 个百分点; 15-64 岁劳动年龄人口抚养 65 岁及以上人口的老年抚养系数为 40.9%, 比上年增加 2.9 个百分点 (表 3、图 4)。

表 3 2018-2020年上海市老年人口抚养系数比较

单位：%			
抚养系数	2018 年	2019 年	2020 年
少儿抚养系数（0-14 岁）	19.3	19.9	20.4
老年抚养系数（60 岁及以上）	62.5	65.2	68.0
总抚养系数（0-14 岁，60 岁及以上）	81.8	85.1	88.4
少儿抚养系数（0-14 岁）	16.0	16.6	17.1
老年抚养系数（60 岁及以上）	34.7	38.0	40.9
总抚养系数（0-14 岁，60 岁及以上）	50.7	54.6	58.0

注：少儿抚养系数：少年儿童人口数/劳动年龄人口数*100%；老年抚养系数：老年人口数*100%；总抚养系数：（少年儿童人口数+老年人口数）/劳动年龄人口数*100%。劳动年龄人口分别指15-59岁、15-64岁人口。

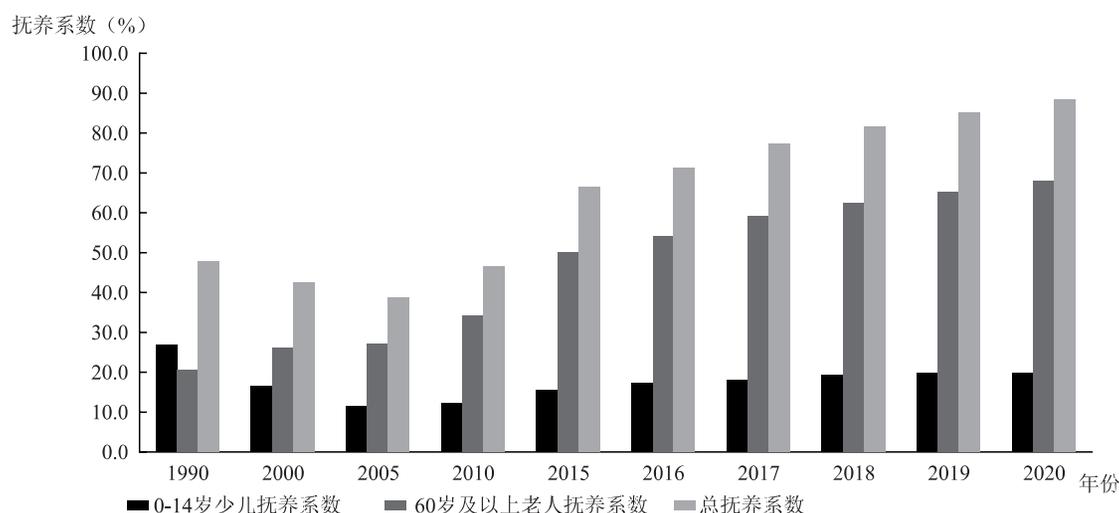


图 4 1990-2020年上海市人口抚养系数变化情况

注：1990年数据来自人口普查资料

2. 人口预期寿命变动情况

2020年本市人口预期寿命为83.67岁，其中男性81.24岁，女性86.20岁。老年人口死亡比重最高的前三种疾病分别是循环系统疾病、肿瘤和呼吸系统疾病，分别占老年人口死因的44.4%、29.9%和6.9%（表4、图5）。

表 4 1990-2020年上海市人口预期寿命的变化情况

年份	预期寿命	性别	
		男性	女性
2020	83.67	81.24	86.20
2019	83.66	81.27	86.14
2018	83.63	81.25	86.08
2017	83.37	80.98	85.85
2016	83.18	80.83	85.61
2015	82.75	80.47	85.09
2010	82.13	79.82	84.44
2005	80.13	77.89	82.36
2000	78.77	76.71	80.81
1990	75.46	73.16	77.74

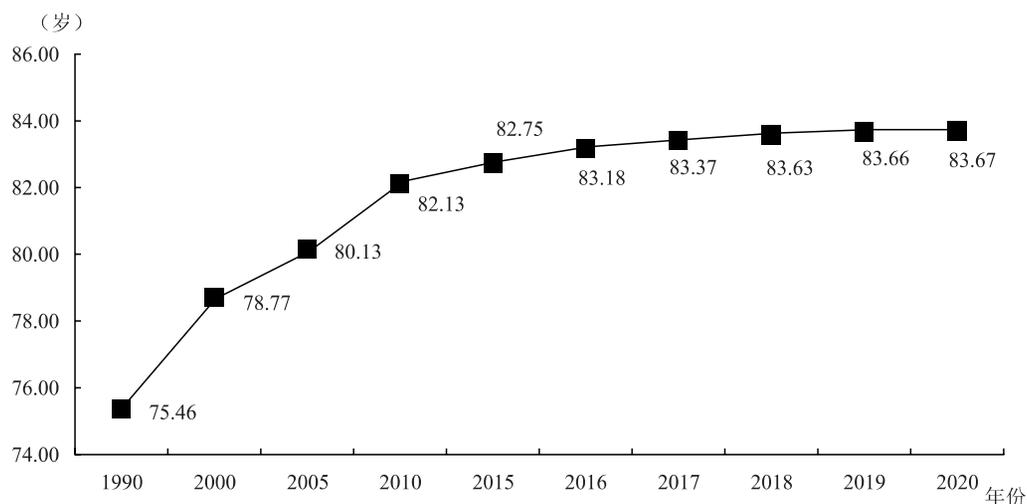


图 5 1990-2020年上海市人口预期寿命变化情况

(四) 上海市各区老年人口基本信息

2020 年末各区 60 岁及以上老年人口占该区总人口比重列前三位的依次是虹口区、黄浦区和普陀区, 比重分别为 42.5%、41.7% 和 41.1%; 老年人口比重增加列前三位的依次是奉贤区、虹口区和普陀区, 与上年比分别增加 1.7、1.3 和 1.2 个百分点。

2020 年末各区 80 岁及以上高龄老年人口占该区总人口比重列前三位的依次是长宁区、虹口区和徐汇区, 比重分别为 6.9%、6.7% 和 6.5%; 高龄老年人口比重增加列前三位的依次是崇明区、奉贤区和金山区, 与上年比分别增加 0.22、0.12 和 0.08 个百分点。

2020 年末各区高龄老年人口占该区 60 岁及以上老年人口比重列前三位的依次是徐汇区、长宁区和崇明区, 比重分别为 18.2%、17.8% 和 16.5%; 全市该比重较去年下降, 各区下降列前三位的依次是黄浦区、静安区和普陀区, 与上年比分别下降 0.60、0.47 和 0.46 个百分点(表 5)。

表 5 2020 年末上海市各区老年人口基本情况

区域	总人口	单位: 万人、%					
		60 岁及以上		65 岁及以上		80 岁及以上	
		人数	占本地区总人口比重	人数	占本地区总人口比重	人数	占本地区总人口比重
全市	1478.09	533.49	36.1	382.44	25.9	82.53	15.5
黄浦区	78.11	32.56	41.7	22.62	29.0	4.97	15.2
徐汇区	93.20	33.48	35.9	24.37	26.2	6.09	18.2
长宁区	57.41	22.42	39.1	15.91	27.7	3.99	17.8
普陀区	89.29	36.68	41.1	25.69	28.8	5.37	14.6
虹口区	69.43	29.48	42.5	20.76	29.9	4.67	15.8
杨浦区	105.65	41.0	38.8	28.50	27.0	6.40	15.6
闵行区	119.30	37.90	31.8	27.74	23.2	5.91	15.6
宝山区	102.82	38.51	37.1	26.93	26.2	5.17	13.6
嘉定区	67.38	23.51	34.9	17.09	25.4	3.49	14.9
浦东新区	312.61	102.78	32.9	73.94	23.7	15.52	15.1
金山区	52.52	17.80	33.9	13.23	25.2	2.68	15.0

(续表)

区域	总人口	60 岁及以上		65 岁及以上		80 岁及以上	
		人数	占本地区总人口比重	人数	占本地区总人口比重	人数	占本地区总人口比重
松江区	67.45	20.11	29.8	15.02	22.3	3.02	15.0
青浦区	50.31	16.52	32.8	12.15	24.2	2.53	15.3
奉贤区	54.49	18.72	34.4	13.73	25.2	2.80	14.9
崇明区	67.58	26.09	38.6	19.28	28.5	4.30	16.5

(五) 百岁老人情况

2020 年末全市 100 岁及以上老年人口共计 3080 人（图 6、7），每 10 万人中拥有百岁老人 20.8 人。全市各区 100 岁及以上老年人口列居前三位的依次是浦东新区、徐汇区和黄浦区，分别有百岁老人 643 人、294 人和 243 人，占全市百岁老人比重分别为 20.9%、9.5%和 8.9%。每 10 万人中拥有百岁老人数量列居前三位的依次是黄浦区、虹口区和徐汇区，每 10 万人中分别有百岁老人 35.0 人、31.7 人和 31.5 人（表 6、7）。

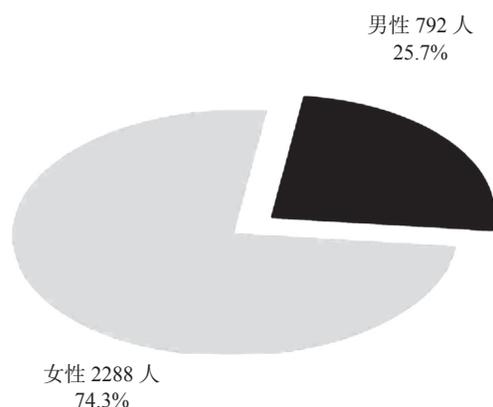


图 6 2020 年末上海市百岁老人性别构成

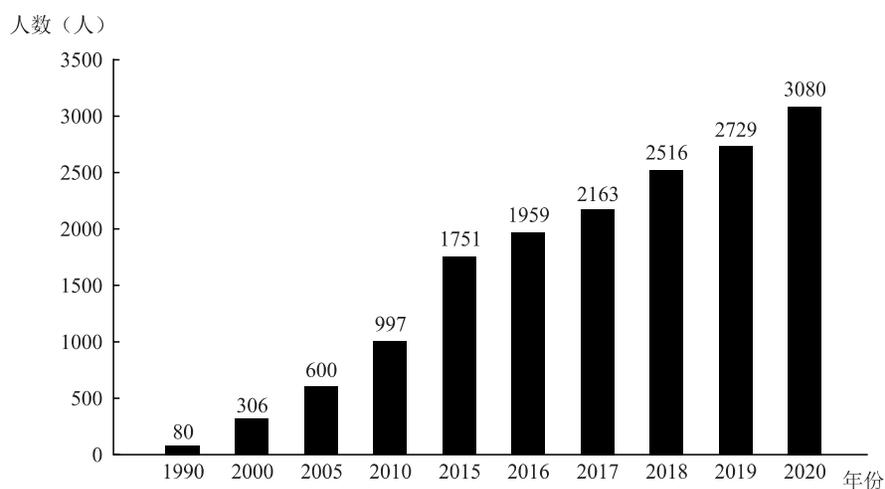


图 7 1990-2020 年上海市百岁老人数量变动情况

注：1990 年数据来自人口普查资料

表 6 2020 年末上海市各区每 10 万人中百岁老人数排序

单位：人、%

区域	合计	男	女	每 10 万人中百岁老人数	占全市百岁老人比重
全市	3080	792	2288	20.8	100.0
黄浦区	273	72	201	35.0	8.9
虹口区	220	63	157	31.7	7.1
徐汇区	294	89	205	31.5	9.5
静安区	244	70	174	27.0	7.9
长宁区	153	44	109	26.7	5.0
普陀区	195	62	133	21.8	6.3
浦东新区	643	146	497	20.6	20.9
崇明区	139	24	115	20.6	4.5
宝山区	184	51	133	17.9	6.0
杨浦区	187	55	132	17.7	6.1
奉贤区	93	17	76	17.1	3.0
闵行区	179	40	139	15.0	5.8
嘉定区	101	23	78	15.0	3.3
松江区	70	11	59	10.4	2.3
青浦区	52	20	32	10.3	1.7
金山区	53	5	48	10.1	1.7

表 7 2018-2020 年上海市百岁老人数比较

单位：人

区域	2018 年	2019 年	2020 年
全市	2516	2729	3080
黄浦区	239	261	273
徐汇区	229	243	294
长宁区	128	126	153
静安区	235	218	244
普陀区	178	179	195
虹口区	204	208	220
杨浦区	151	182	187
闵行区	141	149	179
宝山区	113	145	184
嘉定区	69	95	101
浦东新区	503	560	643
金山区	51	53	53
松江区	48	56	70
青浦区	32	42	52
奉贤区	81	81	93
崇明区	114	131	139

(六) “纯老家庭”老年人和独居老年人口情况

2020 年末本市“纯老家庭”老年人数 157.79 万人，其中 80 岁及以上“纯老家庭”老年人数 35.39 万人；独居老年人数 30.52 万人，其中孤老人数为 2.26 万人（表 8）。

表 8 2018-2020 年上海市独居老人人数比较

单位：万人

区域	2018 年	2019 年	2020 年
全市	31.01	31.74	30.52
黄浦区	1.11	1.34	1.01
徐汇区	1.38	1.61	1.75
长宁区	1.32	1.34	1.36
静安区	1.87	1.83	2.20
普陀区	1.50	1.65	1.81
虹口区	1.67	1.63	1.64
杨浦区	1.77	1.76	1.76
闵行区	1.74	2.16	2.18
宝山区	2.27	1.53	1.84
嘉定区	1.11	1.12	0.93
浦东新区	9.05	9.07	6.24
金山区	0.76	0.77	1.30
松江区	0.83	1.05	1.35
青浦区	0.56	0.60	0.70
奉贤区	1.79	2.60	2.25
崇明区	2.28	1.68	2.22

二、2020 年上海市老龄事业发展基本信息

(一) 养老保障

1. 领取本市养老金情况

城镇职工基本养老保险：全市 60 岁及以上老年人领取城镇职工基本养老金的人数共计 434.29 万人，占老年人口的 81.4%，平均养老金为每月 4779 元。

城乡居民基本养老保险：全市 60 岁及以上老年人领取城乡居民基本养老金的人数共计 50.64 万人，占老年人口的 9.5%。

征地养老：全市 60 岁及以上老年人领取征地养老补贴的人数共计 12.55 万人，占老年人口的 2.4%。

2. 长期护理保险试点情况

受益老年人数：全市 60 岁及以上老年人接受护理服务人数共计 56.4 万人，占老年人口的 10.6%。

3. 获得本市最低生活保障情况

城乡最低生活保障：全市 60 岁及以上老年人获得城乡最低生活保障金的人数共计 2.11 万人，占老年人口的 0.4%。（表 9）

表 9 2020 年末与 2019 年末上海市养老保障情况比较

单位：万人、%

享受养老保障待遇	2020 年		2019 年	
	人数	占 60 岁及以上人口比重	人数	占 60 岁及以上人口比重
城镇职工基本养老保险	434.29	81.4	419.41	80.9
城乡居民基本养老保险	50.64	9.5	49.75	9.6
征地养老	12.55	2.4	13.10	2.5
城乡最低生活保障	2.11	0.4	2.08	0.4

（二）老年福利

老年综合津贴：2020 年全年发放人数为 388.31 万人，共计发放金额 60.23 亿元。

（三）养老服务

养老机构：全市共计 729 家；床位数共计 15.70 万张（其中 2020 年新增 7646 张），比上年增加 3.6%。

社区托养服务机构：长者照护之家全市共计 204 家（其中 2020 年新增 17 家），床位数共计 5838 张。社区老年人日间照护机构全市共计 758 家（其中 2020 年新增 83 家），月均服务人数 1.5 万人。

老年助餐服务场所：全市共计 1232 个（其中 2020 年新增 212 个），月均服务人数 12 万人，比上年增加 18.8%。

社区养老服务组织：全市共计 259 家，服务对象中获得政府养老服务补贴的老年人数为 7.48 万人。

社区综合为老服务中心：全市共计 320 家（其中 2020 年新增 52 家）。

标准化老年活动室：全市共计 6223 家，日均活动人数 23.98 万人。

社区示范睦邻点：全市共计 2544 个（其中 2020 年新增 800 个）。

（四）老年医疗

老年医疗机构：全市老年医疗机构（老年医院、老年护理院）共计 67 所；老年护理院床位数 1.96 万张，比上年增加 21.4%。

老年联疗服务：全市共建家庭病床 5.43 万张；65 岁及以上老年人口健康管理人数 248.44 万人，占同年龄组人口比重 65.0%。

（五）医养结合

养老机构：内部设立医疗机构数共计 317 家；与医疗机构签约数 729 家。

（六）老年教育

市级老年大学：全市共计 4 所，老年学员人数全年共计 13.29 万人。

市级老年大学分校（系统校）和区级老年大学：全市共计 62 所，老年学员人数全年共计 4.07 万人。

街道、乡镇级老年学校：全市共计 220 所，老年学员人数全年共计 25.80 万人。

居、村委老年教学点：全市共计 5584 个。

（七）老年维权

法律援助：全年共办理涉老法律援助案件 1077 件，比上年增长 23.8%。

老年信访工作：全年共受理老年人来信、来访、来电总数 4.87 万人次，其中调解处理 4.83 万人次。

（八）老年社团

老年协会：全市区级老年协会 7 个，街道、乡镇级老年协会 153 个。

老年基金会：2020 年末，市老年基金会净资产 3.76 亿元（其中各区代表处 2.95 亿元）；累计公益总支出 1.05 亿元（其中各区代表处支出 7550.02 万元）；全年募集基金 6582.74 万元（其中各区代表处 3298.7 万元）；全年市级资助公益项目 20 项，支出 3002.66 万元。

老年人体育协会和体育团队：全市老年人体育协会共计 175 个，参加人数 35.60 万人；全市老年体育团队共计 2.34 万个，参加人数共计 48.53 万人。

老年文艺团队：全市共计 1.59 万个，参加人数共计 25.06 万人。

老年志愿服务组织：全市共计 365 家。在上海志愿者网实名注册的老年志愿者 182.32 万人。

（转载自上海养老网订阅号，编辑组改编）

主管单位：上海市卫生健康委员会
主办单位：上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）
编辑刊发：《人口信息》编辑部
地 址：上海市建国西路602号C楼302室
邮政编码：200031
电 话：021-33262065
E-mail：rkxibjb@sohu.com
发送对象：上海市卫生和健康系统各单位
印刷数量：1500本
印刷单位：上海欧阳印刷厂有限公司