

# 人口信息

## POPULATION INFORMATION

2023年第3期

总248期（双月刊）

**编者按** 本期关注老年人口发展与健康问题。人口与发展专栏，介绍了上海市老龄工作现状和发展策略以及养老服务供需现状和对策。人口与健康专栏，介绍了中国老年人口健康现状及其社会经济影响，上海市老年人健康管理服务现状，失能失智老年人健康服务供需平衡的资源整合对策。通过文章旨在探讨当前人口老龄化背景下的老年人口发展及健康相关问题和解决方案，为政策决策者及相关学者提供参考。



上海市卫生健康发展研究中心  
(上海市医学科学技术情报研究所)



# 人口信息

(双月刊)

2023年第3期(总第248期)

名誉主编:黄红

孙常敏

肖泽萍

主编:金春林

副主编:许明飞

执行副主编:信虹云

## 目次

### • 人口与发展 •

上海市老龄工作现状及发展策略研究

..... 厉亚军 刘英涛 葛振兴 苏洁 黄智俊 (1)

上海市养老服务供需现状及思考

..... 罗娟 葛振兴 苏洁 马雯嫵 (6)

### • 人口与健康 •

中国老年人口健康现状、变动趋势及其社会经济影响——基于“七普”数据的分析

..... 汪斌 (11)

上海市老年人健康管理服务现状分析

..... 钟姮 刘思尧 曹筱筱 杨超 张天晔 王冬 毕媛 (22)

上海市失能失智老年人健康服务供需平衡的资源整合对策

..... 于莹 杜学礼 刘悦文 马微波 (29)



## 上海市老龄工作现状及发展策略研究

厉亚军<sup>1</sup>, 刘英涛<sup>2</sup>, 葛振兴<sup>2</sup>, 苏洁<sup>3</sup>, 黄智俊<sup>1</sup>

(1. 上海华夏经济发展研究院, 上海, 201201;

2. 上海市卫生健康委员会, 上海, 200125;

3. 上海市老龄事业发展促进中心, 上海, 201401)

人口老龄化是社会发展的客观趋势, 是人类文明进步的重要体现。上海市是我国最早进入老龄化社会的城市, 目前是我国人口老龄化、高龄化程度最高的城市之一, 人口老龄化已经成为上海市今后相当长一个时期的基本市情。上海市第七次人口普查数据显示, 全市常住人口老龄化率已达到 23.4%, 比 2020 年提高了 8.3%。从户籍人口来看, 老龄化程度更加严重, 截至 2021 年末, 全市 60 岁及以上户籍老年人口 542.22 万人, 占总人口的 36.3%。而且在未来一段时间内, 老龄化程度将持续加深, 预测至 2031 年全市户籍老年人口达到峰值 595.78 万人。

### 一、上海市老龄工作存在的问题

上海市较早开始了老龄工作的大胆探索和改革创新, 很多方面走在全国前列。例如, 在全国率先提出构建“9073”(90%的老年人居家养老、7%的老年人社区养老、3%的老年人机构养老)养老服务格局和“五位一体”的社会养老服务体系, 首创社区嵌入式养老服务, 创新推进长期护理保险(以下简称长护险)、安宁疗护服务等试点工作。经过长期努力, 上海市老龄工作奠定了坚实基础, 上海市老龄事业发展制度体系逐步健全, 老年社会保障能力不断增强, 养老服务体系持续完善, 医养结合工作深入推进, 老年友好型社会加快建设, 老年群体的幸福度不断提升。但对照新时代新要求, 仍存在一些亟待解决的突出问题。

#### (一) 养老服务体系仍待进一步健全

现有体系以政府主导的正式照料为主, 并不能完全解决养老问题。由子女、亲属、志愿者及老年人自发组成的非正式照料的作用仍未充分发挥。个人自我养老理念仍有待提升, 异地养老、以房养老等理念有待推广。上海市老年人生活需求调查结果显示, 近八成的老年人无选择异地养老的意愿, 会长期异地养老的仅占 2.2%; 不了解“以房养老”的老年人占 42.2%, 不赞同“以房养老”的占 24.4%。

#### (二) 城乡养老资源仍待进一步均衡

中心城区老龄化程度明显高于郊区, 虹口区、黄浦区、普陀区、静安区等中心城区老龄化程度更高, 均超过 40%。城乡区域间的养老资源分配仍存在局限性, 养老床位存在供给数量基本达标但布局结构失衡的问题, 具体表现为中心城区“一床难求”而郊区养老床位却“虚位以待”。

长者照护之家等社区居家养老服务的快捷性有待提升,城市适老设施仍存在较大缺口,如大量老旧住房没有电梯。而限于郊区地理禀赋,农村养老基础设施建设无法满足“15分钟社区生活圈”要求,养老机构硬件设施冗余和日常基础设施欠缺并存。

### **(三) 养老服务供给仍待进一步丰富**

近年来,养老服务供给的质量、布局和效率与老年群体需求日益多元化的矛盾逐渐凸显。目前养老服务规划、评比和考核中比较注重数量型指标,较少关注品质。养老队伍建设与养老服务需求存在较大差距,“量”“质”双缺,在人员招录、培训、管理、薪酬及人员素质等方面还存在不少问题。另外,老年人文化娱乐等产品供给也有待进一步丰富。

### **(四) 医养结合发展仍待进一步增强**

一方面,医疗需求和有效供给尚不平衡。目前医养结合服务还未能让真正有需求的老年人“解渴”,如长护险政策仍遇到评估标准、支付能力、精准服务等方面的问题,覆盖率仍较窄。另一方面,医养结合通道还不够顺畅。目前上海市的各大综合医院还是以疾病诊疗为主,与康复医院上下衔接不畅。而养老机构因仍属于民政管理范畴,医疗卫生资源虽有植入,但在运行机制上还不够畅通。

### **(五) 老龄产业供需仍待进一步匹配**

目前,上海市还未制订老龄产业中长期规划,老龄产业发展的相关扶持政策也比较有限,老年用品、养老服务的产业规模和经济贡献仍待扩大。老龄产业的供需对接也有待加强,老年人面临市场边缘化困境,主流市场产品较少考虑老年人需求特点。同时,数字化转型对传统生活模式的挤压产生的“数字困扰”,也使很大一部分老年人无法适应。

## **二、新时代上海市加强老龄工作的总体思路**

面对新时代新形势新要求,全市老龄工作必须坚持新理念、新思路,具体包括以下 5 个方面。

### **(一) 养老服务与健康服务有机融合**

老龄化同时伴随着高龄化,养老服务和健康服务等需求叠加。新时代老龄工作要以维护老年健康权益和满足健康养老服务需求作为出发点和落脚点,推进养老服务与健康服务有机融合,注重居家社区机构相协调,不断提升医疗卫生服务对健康养老的支撑能力,推动实现高质量医养结合发展。

### **(二) 老龄事业与产业双轮驱动**

人口老龄化既是挑战,也是寻找经济增长新动能的突破口。新时代老龄工作要坚持老龄事业和老龄产业双轮驱动,推动老龄产业与关联产业融合发展、跨域发展、跨界发展,合理延展老龄产业覆盖范围和产业链条,培育老龄产业新的增长点。优化老龄产业市场竞争环境,不断丰富为老服务和产品供给,持续提升为老服务规范化、专业化、职业化、智能化水平。

### **(三) 城乡区域之间均衡协同**

新时代老龄工作要促进养老、医疗等公共资源在城乡之间均衡配置,促进为老服务设施布

局城乡协调、区域协调。按照独立的综合性节点城市定位，强化“五个新城”养老、医疗等公共服务设施的统筹布局，突出新城优质资源的集聚辐射。坚持长三角区域老龄事业协同发展，强化老龄产业的产业链对接和功能互补，探索超大型城市群老龄事业发展的新路径。

#### **（四）物质需求与精神生活齐抓并进**

随着老年群体对物质文化的需要逐步转变成对美好生活的需要，新时代老龄工作要坚持物质、精神两手抓，在满足老年人吃、穿、住、行等物质需求的基础上，更加关注老年人日益增长的精神文化和自我实现的需求，不断提升老年人社会保障、养老服务、健康支撑、社会优待、家庭赡养、社会参与等方面的软性服务水平，让老年人享有更加丰富、更有尊严、更为幸福的晚年生活。

#### **（五）政府、家庭与个人紧密结合**

老龄事业既是“家事”，也是“国事”。新时代老龄工作要坚持党对新时代老龄工作的全面领导，整合政府、社会、企业、家庭、个人全方位资源，形成多元主体责任共担、老龄化风险梯次应对、老龄事业人人参与的新局面。充分发挥政府主导作用，引导社会广泛参与，注重发挥家庭养老、个人自我养老的作用，支持家庭承担养老功能。

### **三、新时代上海市加强老龄工作的对策建议**

#### **（一）更加注重居家社区养老，健全养老服务体系**

##### **1. 提升居家养老基本功能**

一是更好地推进居家长期照护。深化长护险试点，加强评估和服务环节监管，同时有效整合“互联网+护理服务”与“家庭照护床位”两项服务。二是更好地发挥家庭、个人自我养老作用。引导老年人作为养老主体，提早做好养老规划。面向老年人家庭成员和其他照护人员开展照护知识和技能培训。鼓励成年子女与老年父母就近居住或共同生活。

##### **2. 强化社区嵌入式养老服务**

一是逐步完善社区养老服务设施。加快完善中心城区的“15分钟社区生活圈”，重点打造枢纽型的社区养老综合体。二是不断丰富社区养老服务功能。加快发展家门口的养老服务站点，因地制宜增加养老服务功能。积极推广“养老服务包”和“养老顾问制”。

##### **3. 探索创新养老服务新模式**

一是鼓励互助式家庭养老。推广邻里扶助、睦邻点、“老伙伴计划”“关爱独居老人”“时间银行”等经验。二是鼓励异地养老、“以房养老”等新型养老模式。

#### **（二）结合城乡实际，推动养老资源均衡配置**

##### **1. 推动养老机构合理布局**

一是合理规划城乡养老床位数量。根据老年人口预测峰值和区域差异合理规划养老服务设施规模总量。鼓励中心城区就近增加养老床位，郊区及五个新城布局服务全市的养老床位。二是逐步优化养老床位功能结构。新增养老机构重点发展护理型床位和认知障碍照护床位；有条

件的存量养老服务设施,逐步提高护理型床位和认知障碍照护床位配置比例。三是完善养老资源统筹协调机制。加大全市养老床位建设统筹和轮候使用力度,建立全市统一的“补贴跟人走”机制。

## **2. 补齐农村养老服务短板**

一是提升农村老年人照护能力。加强对乡村地区、远郊薄弱地区的倾斜扶持,逐步引入市场化、专业化运营机构,推动农村养老服务提质升级。二是不断改善农村养老服务设施。将具备条件的敬老院改扩建为区域养老服务中心,鼓励由集体兴建老人集中居住点或利用现有空置宅基地集中整合,集中提供居家养老服务。三是推广农村幸福院、颐养之家等农村互助性养老模式,探索乡村养老、城乡互助养老等新模式。

### **(三) 加大为老服务供给, 加快建成老年友好型社会**

#### **1. 提升为老服务供给能力**

一是扩大老年文化娱乐资源供给。鼓励高校、行业企业、社会化培训机构等各类主体举办或参与老年教育。积极推动“嵌入式”公共文化服务,开发和推广适合老年人的智慧娱乐产品。二是鼓励发展市场化养老服务。在政府补贴、购买服务等方面实行民办与公办养老机构同等待遇,探索建设“养老社区”。

#### **2. 推动养老服务队伍向专业化、职业化发展**

一是加强养老服务从业人员培养培训。制定养老护理员培训计划,大力推进养老领域产教融合,鼓励发展“互联网+培训”新模式。鼓励各类院校开设养老护理相关专业,积极稳妥推进“1+X证书”(“学历证书+若干职业技能等级证书”)制度。二是健全养老服务人员职业发展体系。建立养老服务人才库,推广养老护理员职业技能等级认定。畅通卫生健康体系医疗护理员和护士之间的职业晋升通道,并与民政养老护理员衔接。三是落实养老服务人员政策待遇,建立养老服务人员褒扬机制。

#### **3. 推动老年友好型社会建设**

一是鼓励老年人社会参与。探索建立老年人才信息库,开发适合老年人的“迷你工作”体系,支持老年人自主创业。构建老年人志愿服务平台,完善老年志愿者登记手段。二是推动适老化改造。将无障碍环境建设和适老化改造纳入城市更新、城镇老旧小区改造等统筹推进。鼓励以市场方式提供家庭适老化改造服务。加快既有多层住宅加装电梯工作。

### **(四) 强化老年人健康支撑, 推动医养融合发展**

#### **1. 健全医养结合的服务链条**

一是探索在大型综合医院试点设立“出院准备服务”部门,加强与“下游”康复和护理机构的联系,实现就诊与康复、护理的无缝衔接。二是构建医院间共享的康复病患信息网络。建议在“健康云”开通专门的“老年病患康复护理”板块,将病患相关资料及时加密上传,实现医院与康复医院或护理院的信息共享。三是充分发挥社区家庭医生作用,逐步打通诊疗康复护理的“最后一公里”。四是依托上海的三甲医院,在长三角地区拓展建设集诊疗、康复和护理于一体的大型服务机构。



## **2. 增强养老机构的医疗服务能力**

一是鼓励医疗卫生机构与养老机构开展协议合作，进一步整合优化基层医疗卫生和养老资源，提供医疗救治、康复护理、生活照料等服务。二是支持规模较大的养老机构设置医疗机构，推动养老机构在药物配送、医保报销方面，做到与社区卫生服务中心无差别。

## **（五）加快发展银发经济，积极拥抱数字生活**

### **1. 推动老龄产业高质量发展**

一是完善老龄产业顶层设计。编制全市及各区老龄产业发展规划，明确老龄产业发展的方向和重点。建立和完善老年用品和服务的行业标准体系和统一认证制度。鼓励社会力量和民间资本参与兴办老龄产业，完善相关扶持政策。二是积极发展老年人功能代偿医疗器械、康复辅具、服装服饰、日用辅助产品、生活护理产品等老年用品产业。

### **2. 促进数字技术助老适老**

一是加快推进信息技术和智能硬件在老年用品领域的深度应用，发展健康管理类可穿戴设备、便携式健康监测设备、自助式健康检测设备智慧养老产品。二是实施智慧助老行动，进一步消除“数字鸿沟”。优化数字无障碍环境，建议居民小区设立智能服务热线和智能服务点。聚焦老年人就医、出行、居家、文娱、学习等需求，搭建综合为老服务平台，实现各类服务“一键通”。

# 上海市养老服务供需现状及思考

罗娟<sup>1</sup>, 葛振兴<sup>2</sup>, 苏洁<sup>3</sup>, 马雯嫔<sup>1</sup>

(1. 上海工程技术大学管理学院, 上海, 201620;

2. 上海市卫生健康委员会, 上海, 200125;

3. 上海市老龄事业发展促进中心, 上海, 201401)

人口老龄化已经成为 21 世纪人类社会面临的重大课题, 我国是人口老龄化发展速度最快的国家之一, 面临的挑战较为严峻。上海市是我国人口老龄化程度较深的城市, 积极应对人口老龄化已经成为这座超大型城市的一项长期性战略任务。随着老龄化发展态势的加剧, 养老服务建设的重要性愈发凸显, 亟需对养老服务供需匹配现状进行分析并提出对策建议, 为提供多层次、多样化的养老服务提供科学依据。

## 一、上海市养老服务供需匹配现状分析

### (一) 养老服务供需数量现状分析

#### 1. 上海市老龄化态势进一步严峻, 养老服务体系建设的迫在眉睫

上海市第七次人口普查数据显示, 2020 年上海 60 岁及以上老年常住人口有 581.55 万人, 占全市总常住人口的 23.38%。根据 2021 年上海市老年人口和老龄事业监测统计信息, 截至 2021 年底, 全市 65 岁及以上老年人口比例已达到 26.9%。老龄人口呈现出占比高、数量多且高龄化严重的态势, 进一步加剧了养老服务体系建设的供需矛盾。

#### 2. 社区居家养老设施总量充足但分布不均

上海市各区域的社区居家养老设施数量以中心及周边城区为界, 呈圈层特征。中心及周边城区内的行政区域, 单位面积内设施数量多, 设施数量积累充分; 近郊外到部分远郊区域内设施数量较少, 从整体来看拥有一定设施数量, 但分布不均; 远郊区域外的设施总量明显减少, 如崇明等区域, 单位面积内的设施少且分布零散。

#### 3. 养老机构数量激增, 区域分布与总量间有待进一步优化

截至 2021 年底, 上海市养老机构总数量为 759 家, 集中分布在中心城区, 占全市养老机构总数的 40.41%, 养老床位总量为 15.86 万张, 其中大部分远郊区域, 如金山区养老床位数供大于求; 而松江等地区需求与供给基本相当, 但床位仍略显紧张; 另外, 中心及周边城区资源明显不足, 床位非常紧张。总体上各区的床位比与各区的机构数之间存在倒挂的现象, 资源与需求并不匹配。

#### 4. 服务人员供给增加，与需求相比仍存在较大缺口

截至 2022 年 7 月，上海市共有养老护理员 66 124 名，其中，养老机构护理员 17 608 名，社区养老机构护理员 37 383 名，护理站护理员 19 613 名。根据《养老机构护理服务规范》，养老护理员和老年人配比不应低于 1:4，按照上海市总体失能率 7.79% 计算得出护理站护理人员需求量应达 109 859 人，与实际护理人员数存在差距，养老护理员供给数量上存在很大缺口。

### （二）养老服务供需质量现状分析

#### 1. 养老机构服务质量在中心、城区和郊区存在较大落差

当前上海市养老服务供给质量各区不一致，中心及其周边城区总体服务质量较高，拥有绝大部分的四级、三级及二级养老机构；城郊结合区与郊区的养老服务机构以二级养老机构居多。中心城区机构的优秀率相对最高，总体服务供给质量最好。

#### 2. 居家社区养老服务质量有所提升，应进一步满足高层次需求

近年来，社区居家养老的月均服务人数快速增长，更多老年人获得社区居家养老的政府补贴，其需求与服务质量均处于快速上升的阶段。绝大多数老年人希望更高频次、更长时间的服务，以及专业养老服务人员的照护与指导，并且居家社区服务在促进老年人融入社会、打造社区居家养老一体化方面仍有待提升。

#### 3. 护理员队伍专业化与高水平工作相对不足

据上海市民政局数据调查，从性别与学历上来看，女性护理员占据了行业主力，并且护理员学历整体偏低；在年龄上，以 50 ~ 59 岁的养老护理员居多，占 66.45%，护理员队伍的年轻化水平有待提升。养老服务的照护人员多是家政人员，呈低学历为主的现象；持有初级证书资质人数为主，达 64.8%，极少部分有中高级护理员资质。

### （三）养老服务供需结构现状分析

#### 1. 养老服务机构城乡供需差异大，价格层次较为合理

由于城乡之间对养老服务的需求存在较大差异，养老服务机构在城乡不同区域的价格存在较为合理的结构性差异，郊区的养老机构服务均价普遍较低。不同性质的养老机构服务价格差异也较大，其中公办养老机构的兜底属性较为明显。

#### 2. 粗放化供给和精细化需求碰撞，社区居家养老服务结构有待调整

一方面，粗放化的养老服务供给跟不上老年人对高质量服务的实际需求，主要体现在服务内容上，生活照料类服务供给最为充足；医疗护理类服务供给与需求较为适中；心理慰藉型服务虽然需求旺盛但供给失衡。另一方面，粗放化的养老服务冗余造成服务利用率低，配置效率低下。总体看来，一些养老服务利用率低于其服务供给量。

#### 3. 养老护理员性别构成不均衡，户籍结构较为平衡

当前养老护理员组成以女性为主，占比达到 93.64%，相关行业男性占比较少。非上海市户籍的护理员占比达 45.57%，是护理员队伍建设发展中不可忽视的重要力量。

## 二、上海市养老服务供需匹配的问题

### (一) 养老服务供需数量不均衡

#### 1. 养老服务供给不足, 各区养老服务供给差距明显

据上海市统计局数据, 2021 年末, 每百名老年人口拥有养老床位约 3.03 张 (按照上海户籍老年人口数计算), 虽然整体上达到“9073” (90% 的老年人居家养老、7% 的老年人社区养老、3% 的老年人机构养老) 的目标, 但从各城区百名老人床位数看, 区域间差异较大, 存在分布不均的情况, 中心城区及周边城区普遍低于上海市其他区域。总体看来, 上海市各区的床位比与各区的机构数之间存在倒挂的现象。

#### 2. 社区居家养老服务供给内容统一化, 缺乏需求选择弹性

本文调查发现, 上海市半数以上老人养老服务需求尚未得到满足, 51.25% 的老人认为自己并没有得到满意的养老服务。由于社区居家养老服务供给内容统一, 不同类别老年群体需求选择缺乏弹性。对于高龄、独居老年人甚至失能老年人家庭, 更需要专业医护队伍服务, 但目前社区居家养老服务项目比较单一, 不能充分满足不同类别老年人的需求。

### (二) 养老服务供需质量有待提高

#### 1. 养老服务供给项目有限, 未能满足老年人个性化需求

不同年龄段的老年人对于养老服务内容需求存在差异, 高龄老年群体更注重专业医疗护理方面的服务, 护理时长需求也相应增加。但目前老年人的养老服务内容是统一的, 未分人群、分类别提供精准化养老服务。此外, 已有研究指出, 养老服务类别 (如居家照护、社区照护、机构照护等), 并未与具体的照护服务内容挂钩, 未能精准化、个性化定制不同老年人的养老服务内容。

#### 2. 长护险服务满意度偏低, 服务监管机制需进一步完善

截至 2020 年底, 上海市长护险服务人数占老年人口的 10.6%。从长护险满意度来看, 仅 18.2% 的长护险服务人群感到满意, 满意度偏低。目前, 上海市长护险服务监管主体主要有护理站自检、医保部门抽检、行业协会监管和社会监督, 需要进一步优化服务监管机制, 有效利用社会力量和媒体力量, 打通服务反馈通道, 畅通投诉举报渠道, 从服务受众群体中了解真实服务情况, 及时发现长护险服务所存在的问题, 提升长护险服务监管效率。

#### 3. 养老护理队伍需强化, 专业化水平有待提高

根据上海市养老服务平台显示, 截至 2022 年 7 月 5 日, 上海市养老护理员共计 66 268 人。其中非户籍护理人员占比接近一半, 可能导致护理人员流动率不稳定。并且养老护理员平均年龄偏大, 受教育程度较低, 虽然持证率近几年在上升, 但是大部分证书为一些基础护理服务的初级护理证书, 专业化水平有待提升。

### (三) 养老服务供需结构配置需优化

医养结合是未来养老发展的大趋势, 但上海市医养资源的结合程度不高。根据上海市养老服务平台显示, 截至 2022 年 10 月 25 日, 在全市 669 家养老机构中, 其中内设医疗机构的养

老机构仅有 325 家。在各区内设医疗护理机构的养老机构中，占比排名前三的分别是松江区、金山区和闵行区，中心城区及周边城区内设医疗机构的养老机构比例低于城郊结合区和郊区，从上海市养老机构整体情况来看，内设医疗机构的养老机构比例不到一半。

### 三、上海市养老服务供需匹配的对策建议

#### （一）数量上：增加养老服务供给，实现范围性养老保障兜底工作

##### 1. 合理规划区域养老机构数量和床位数，缓解机构建设成本

为有效缓解养老机构及床位供需不均衡的问题，建议根据目前各区之间养老机构及床位数分布情况，因地制宜，合理规划区域养老机构数量和床位数。一是分散中心城区养老机构运行压力，渐进地、适当地向周边城区引导，在降低中心城区养老机构建设成本的同时，增加床位数，提供更多养老机构入驻机会。二是按人口数量及其实际需求合理设置机构床位数，精确预测需求，合理规划流程，对于符合入住要求的特殊老年人群进行分类、统一、精细管理。

##### 2. 挖掘养老服务人才来源，大力培育养老服务队伍

一是多渠道挖掘养老行业人才，提高财政支持力度，建立专项人才培养制度，大批引进专业人才，形成交叉式、专业性、大规模的养老服务人员培训班。二是大力发展区域性养老护理员培训基地，开展护理员专业技能和综合素质培训，加强护理员人才队伍储备，落实护理员培训补贴制度。三是鼓励养老机构内部建立护理员评价、职业晋升和薪资制度，提高护理员参与培训和护理工作的积极性，营造平等和谐的工作环境。

#### （二）质量上：规范养老服务产业，提升服务质量

##### 1. 制定养老服务产业培养准则和目标，多方面加强服务能力

一是要规范制定养老服务业培养准则，“补短板，亮长处”。“补短板”在于：机构运行过程中所发现的问题，以合理规范的制度，加以强化，规范行为；“亮长处”在于：最大限度地发挥机构优势，补足基础，抓牢优势。二是合理制定目标，以目标为鞭策机构及人员提升服务质量的准绳。三是精准定位目标人群，养老服务业要有敏锐的“眼力”能够精准锁定服务目标人群，按需划分，制定“普性+特性”相结合的服务目标。

##### 2. 加大力度完善郊区养老服务机构的硬件设施及人员配备，缩小城乡差距

结合上海养老服务产业发展现状，郊区在硬件设施及人员配备上与中心城区还存在较大的差距。一是加大政策倾斜力度和资金支持力度，不断优化养老服务人员的薪酬绩效管理体系，为养老服务产业“增动能”。二是加大投资力度，推动郊区置换成与中心城区相同的新型设备利用周边辐射资源，深挖资源优势，最大力度整合资源。三是加强护理质量管理，不断提高护理服务质量，开展定期培训与考核机制，培养全能型服务人才。

#### （三）结构上：优化养老服务业布局，丰富养老服务形式，构建新型的养老服务格局

##### 1. 充分发挥政府主导力量，鼓励和引导多方主体参与，实现养老资源精准对接

一是加强整体方向把控和布局，强化政策指导，协调养老服务资源，优化养老服务结构，

实现功能优势互补, 统筹相关物力财力。同时, 加大财政补贴, 实施优惠政策, 聚力各方共同推动养老服务高质量发展。二是以社区作为支持力量, 积极发展社区养老, 围绕老年人意愿, 提升服务质量, 打造温暖型、亲情化的养老服务。依托小微机构, 积极鼓励社会资本通过直接投资、注资入股、输出和受托管理、租赁等方式, 开展大社区养老服务。

## **2. 构建城郊养老服务联动体系, 打造养老服务综合体**

一是以城郊发展现状为基础进行体系评估, 依托中心城区较大经营规模的养老服务机构, 推动郊区和中心城区养老机构共同构建大型养老综合体, 以城带郊, 资源互通互用, 建立城郊联动机制, 形成新型养老服务格局, 打破郊区资源单一化壁垒。二是充分发挥城区养老机构资源优势, 构建信息互通平台。城郊协同, 形成郊区养老机构多元化结构。依靠中心城区完整、成熟的服务体系, 利用辐射带动新机能, 在郊区建设其附属机构, 利用互联网技术, 实现信息、资源跨区流动, 做到人员信息精准对接, 进一步优化养老服务产业结构。

# 中国老年人口健康现状、变动趋势及其社会经济影响<sup>\*</sup> ——基于“七普”数据的分析

汪斌

(北京大学社会学系, 北京 100871)

## 一、研究背景

2020 年党的十九届五中全会上正式提出“实施积极应对人口老龄化国家战略”，这是党的历史上首次把积极应对人口老龄化上升为国家战略。2021 年国务院印发《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》中明确提出“把积极老龄观、健康老龄化理念融入经济社会发展全过程”。2022 年国家卫生健康委员会等 15 个部门联合印发《“十四五”健康老龄化规划》全面布局“十四五”时期中国健康老龄化的方案。可见，促进健康老龄化是当前中国政府积极应对人口老龄化挑战的重要顶层战略举措。

2015 年世界卫生组织在其发布的《关于人口老龄化与健康的全球报告》中对新形式下的健康老龄化给予了重新界定和阐释，提出“新健康老龄化”概念，其核心理念在于通过提升老年人个体的生理与心理功能，使老年人在与有利的外界环境（既包括家庭、人际关系等微观环境，也包括社会观念、公共政策等宏观环境）互动中充分发挥其功能，并将促进健康老龄化视为投资而非消费。新健康老龄化的提出反映了健康老龄化观念发生了从个体内在能力延伸至外在功能发挥、从被动消费转向主动投资、从老年期健康到全生命周期健康的重大转变。

在国内外社会环境快速变迁背景下，老龄化社会治理观念与方式逐渐发生变革，人们对健康的概念与认知在不断发生变化（张文娟等，2018），这意味着了解我国老年人口最新的健康状况、动态变化及其产生的社会经济影响尤其必要。2020 年全国第七次人口普查对中国老年人口自评健康进行了调查。本文基于对“七普”数据分析，主要探究以下问题：中国老年人口<sup>1</sup>健康现状如何？过去十年和未来四十年中国老年人口健康变动趋势如何？老年人口健康变动对中国社会经济发展会产生哪些新的影响？

## 二、中国老年人口健康状况现状及特征

### （一）中国老年人总体健康状况良好，全国生活不能自理老年人约有 619 万人

由于生理机能的退化，老年人往往面临更高的健康风险，但是大多数老年人并非人们传统印象中的孱弱、无助与多病。如图 1 所示，2020 年，自评为健康的老年人占 54.64%，基本健

基金项目：北京市社会科学基金重大项目“实施积极应对人口老龄化国家战略研究”（20ZDA32）、国家社科基金重大专项“美国人口结构变化对其政治、社会和文化的的影响研究（21VMG040）”阶段成果。

<sup>1</sup> 本研究中的老年人是指 60 周岁及以上的人口。

康老年人占 32.61%。大约 87.25% 的老年人健康状况良好。不健康但生活能自理的老年人口占 10.41%，生活不能自理的老年人仅占 2.34%。正如世界卫生组织提出的很多关于老年人的常见观念和主观臆断都源于过时的陈规旧习 (WHO, 2015)，我们应当抛弃传统思维模式以积极眼光重新认识中国老年群体。

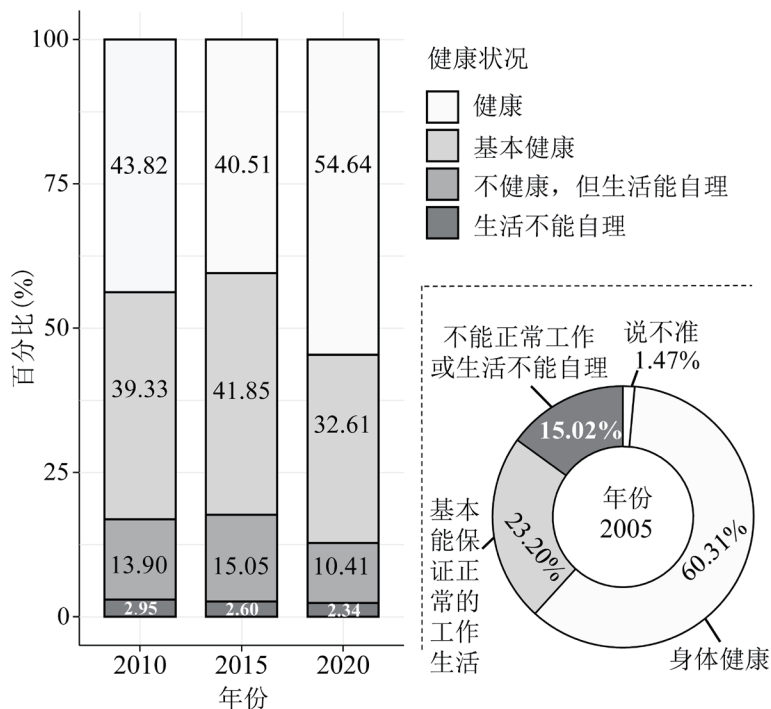


图1 2005-2020年中国老年人口健康状况动态变化

与 2010 年相比, 2020 年数据结果表明十年来中国老年人口整体健康水平在提升。具体而言, 自评与健康与基本健康的老年人比例之和与 2010 年相比约上升 4.10 个百分点。若与 2005 年“小普查”中身体健康和基本能保证正常工作生活的老年人比例之和相比约上升 3.74 个百分点。过去十多年来, 中国经济社会发展成效显著, 医疗保障体系不断完善, 人民生活水平日益提升, 新生代老年人受教育程度、社会保障水平和健康意识都在提高, 老年人健康状况也随之改善。但是失能老年人比例仍长期维持在较为稳定的水平。2020 年全国生活不能自理老年人大约有 619 万人。

## (二) 男性老年人健康状况优于女性老年人, 高龄老年人生活不能自理比例相对较高

2020 年中国 60 岁及以上老年人口中女性占 51.8%, 男性占 48.2%, 有必要分性别探讨老年人健康状况。

从性别看, 男性老年人自评健康的比例要远高于女性, 而不健康但生活能自理或生活不能自理的女性老年人比例均高于男性 (见表 1)。高龄女性失能风险明显较高。这种健康上的性别差异可能源于早期收入、教育、职业等方面不平等的长期累积作用 (郑莉等, 2016)。从年龄看, 在越高年龄的年龄组中, 自评健康老年人比例更低。而基本健康老年人在整个老年期内形成了一个中间高两边低的“倒 U”形结构。80 岁及以上的高龄老年人中生活不能自理比例明显更高。



表1 2020年中国分年龄、性别老年人口健康状况

年龄（岁）	健康（%）			基本健康（%）			不健康，但生活能自理（%）			生活不能自理（%）		
	小计	男	女	小计	男	女	小计	男	女	小计	男	女
60~69	65.5	67.6	63.5	27.4	25.2	29.5	6.1	6.1	6.0	1.0	1.1	0.9
70~79	45.5	48.3	42.9	39.0	37.0	40.8	13.1	12.4	13.9	2.4	2.4	2.4
80~89	29.2	31.8	27.2	41.2	41.0	41.3	22.6	21.1	23.7	7.0	6.1	7.7
90+	19.5	21.5	18.4	35.5	37.3	34.5	27.1	26.4	27.5	17.9	14.8	19.6
合计	54.6	57.5	51.9	32.6	30.6	34.5	10.4	9.8	11.0	2.3	2.1	2.5

**（三）乡村老年人整体健康状况有所改善，但城镇老年人健康水平仍远高于乡村**

“七普”数据显示中国 60 岁及以上老年人口中城镇老年人占 54.0%，乡村老年人占 46.0%，但乡村老龄化程度为 23.8%，比城镇高 6.6 个百分点，中国乡村已经处于老龄社会，有必要分城乡分析老年人健康状况。2020 年全国城镇自评健康和基本健康的老年人口比例之和均远高于乡村，而乡村生活不能自理以及不健康但生活可以自理的老年人口比例均远高于城镇。如图 2 所示，2020 年有 91.7% 的城市老年人处于健康或基本健康状态，镇老年人该比例为 87.7%，而乡村老年人该比例仅为 83.9%，乡村老年人自评健康或基本健康的比例之和比城市老年人约低 8 个百分点。“七普”数据表明我国城镇老年人健康水平远高于乡村。同时，通过比较 2010 年与 2020 年两次普查数据发现，十年来乡村老年人生活不能自理的比例均略有下降，乡村健康和基本健康老年人比例之和上升了 4.2 个百分点，乡村老年人的整体健康状况较十年前略有改善。

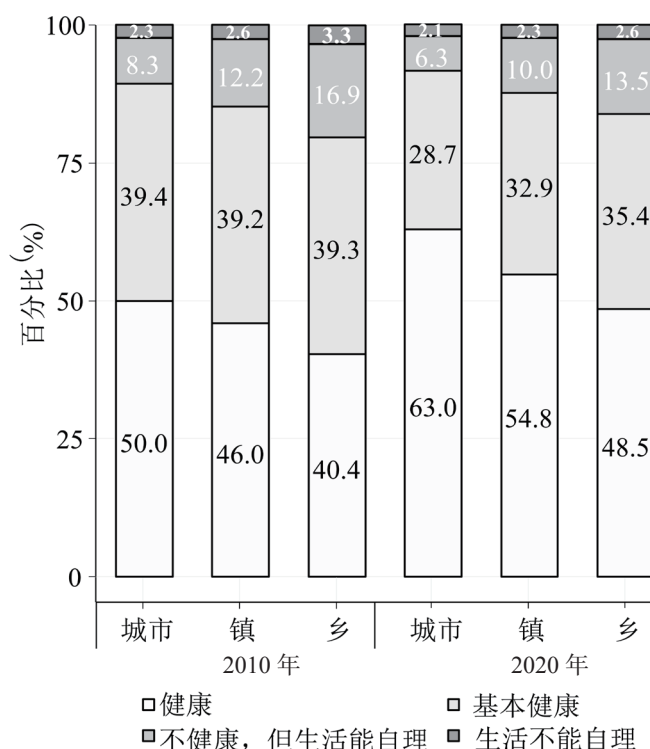


图2 2010、2020年中国分城乡老年人人口健康状况

#### (四) 有配偶老年人健康状况更好, 生活不能自理老年人中 44.8% 为丧偶老年人

有配偶老年人的健康状况相对较好。如图 3a 所示, 有配偶老年人中自评为健康的比例高达 60.2%, 离婚老年人中自评为健康比例为 57.3%, 而在丧偶老年人中这一比例仅为 36.7%。出现在生命历程中的丧偶事件对健康的负面影响被称之为“丧偶效应”, 即在夫妻一方去世后另一方的死亡概率和健康风险会显著增加。此外, 在不健康老年人中丧偶比例相对较高。如图 3b 所示, 在生活不能自理老年人中丧偶比例达 44.8%, 远高于自评为健康和基本健康老年人中的丧偶比例。

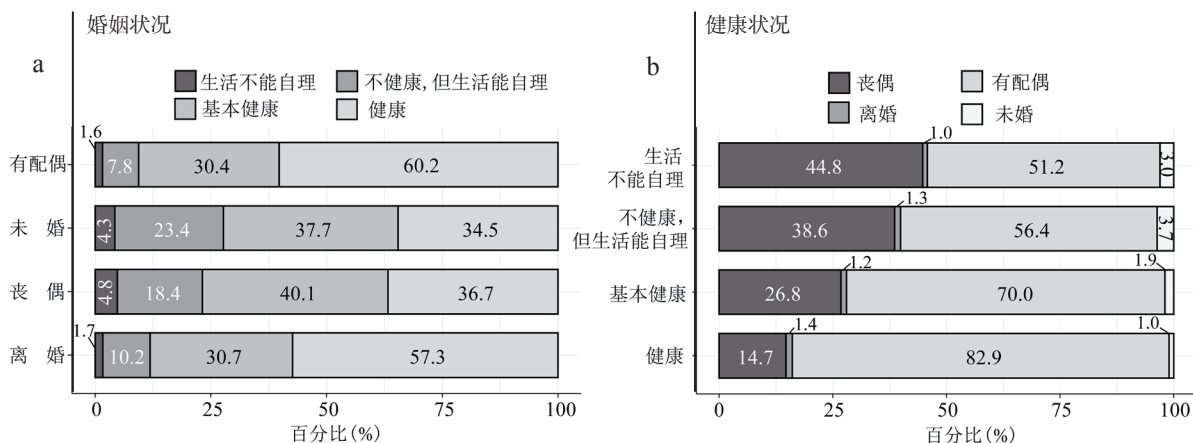


图3 2020年中国老年人口的婚姻状况与健康状况

#### (五) 健康老年人经济独立性更好, 不健康老年人半数主要依靠家庭供养

经济独立性更好老年人在健康方面往往更优。如图 4a 所示, 以劳动收入、离退休金或养老金为主要生活来源的老年人自评为健康比例均较高, 分别达 72.3% 和 61.4%, 而在以最低生活保障金为主要生活来源的老年人自评为健康比例仅为 23.0%。与之相对应, 生活不能自理或不健康但生活能自理的老年人中半数主要依靠家庭供养, 而在自评为健康老年人或基本健康老年人中这一比例分别仅为 24.2% 和 38.7% (见图 4b)。这相对“六普”有所下降 (杜鹃, 2013)。在生命历程和结构视角下老年期健康水平与经济状况是其毕生累积结果, 这使得在老年期个体更容易在健康和经济上表现出“双重劣势”。

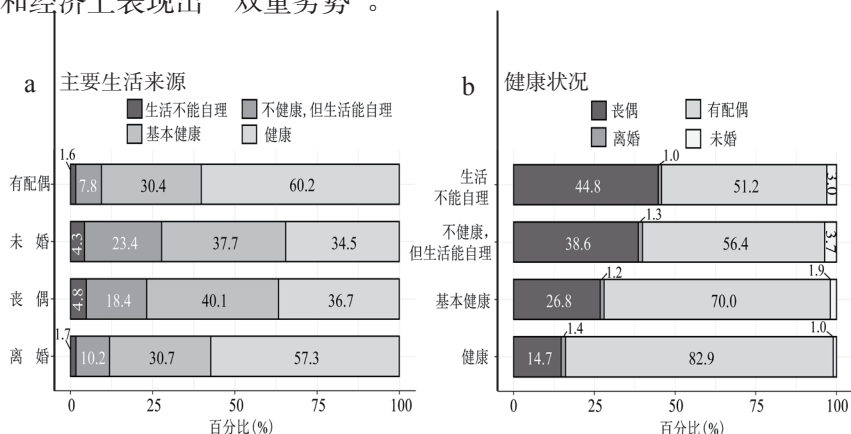


图4 2020年中国老年人口主要生活来源与健康状况

**(六) 与家庭成员同住老年人健康状况较好，养老机构在失能老年人照护方面有重要作用**

与家庭成员同住老年人健康状况普遍更好。如图 5a 所示，与配偶和子女同住、仅与配偶同住或仅与子女同住的老年人自评为健康比例分别占 64.3%、57.6% 和 44.0%，这要远高于独居老年人。由图 5b 还可知生活不能自理老年人中居住在养老机构比例为 8.3%，而同一比例在基本健康和自评为健康老年人中分别仅为 0.7% 和 0.2%。这反映了养老机构在生活不能自理的失能老年人照护方面所发挥的重要作用。

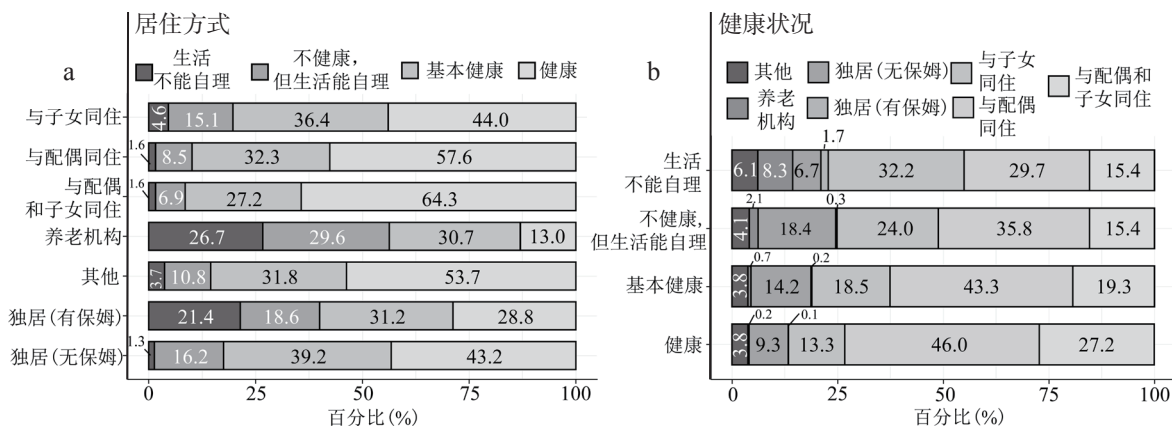


图5 2020年中国老年人口居住方式与健康状况

**(七) 老年人健康水平分布存在空间差异，经济发达地区老年人健康水平更高**

老年人口健康水平分布存在空间差异，东部地区健康老年人比例高于中西部地区及东北地区。如图 6 所示，东部地区的大多数省份自评为健康和基本健康的老年人比例之和超过 90%，中部地区基本维持在 85% 水平附近，东北地区自评为健康和基本健康老年人比例之和均值约为 84%，而在半数西部地区省份中该比例低于 82.5%。从最小二乘法估计结果还可知，人均 GDP 每增加 7320 元，省际健康老年人的比例提升 1 个百分点。换言之，随着人均 GDP 提升，省际健康老年人口水平随之提高。且人均 GDP 对省际老年人健康水平具有较强的解释力，其 R 方达到 35.3%。综上，“七普”数据表明经济越发达省份或地区老年人健康水平明显更高。

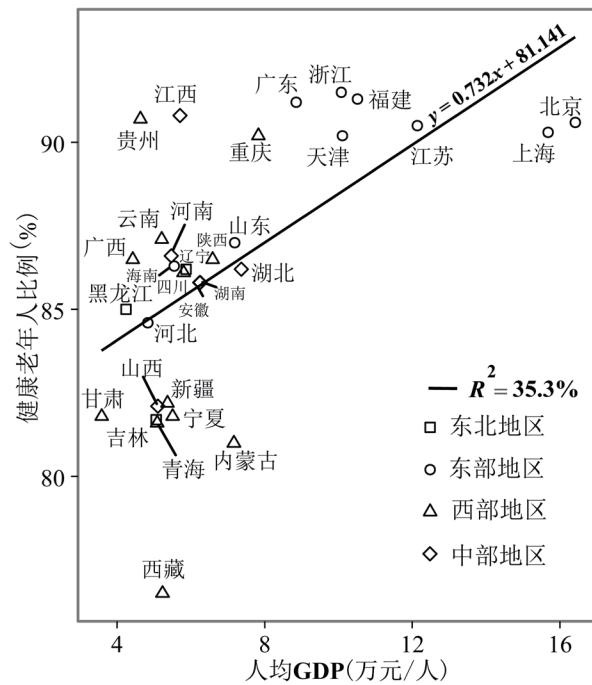


图6 2020年中国省际人均GDP与健康老年人口比例

### 三、中国老年人口健康变动趋势的队列分析

仅依靠截面数据的分析很难区分老年人健康状况的变化究竟是年龄增长还是队列更替带来的结果。因此使用队列分析方法进一步探究老年人的健康变动趋势。

表2 2010、2020年分城乡、性别中国老年人口健康状况的截面变化和队列变化

类别	年龄(岁)	健康 (%)		基本健康 (%)		不健康,但生活能自理 (%)		生活不能自理 (%)	
		截面变化	队列变化	截面变化	队列变化	截面变化	队列变化	截面变化	队列变化
总体	70~79	13.4	-10.1	-6.5	3.6	-5.9	5.3	-1.0	1.3
	80~89	9.8	-2.9	-0.9	-4.3	-6.6	3.6	-2.3	3.6
	90+	5.6	0.1	1.8	-6.6	-3.3	-2.0	-4.1	8.6
城镇	70~79	13.8	-8.2	-9.8	2.7	-3.4	4.2	-0.6	1.3
	80~89	10.3	-3.7	-4.5	-5.2	-4.6	4.7	-1.2	4.2
	90+	5.6	-1.4	-0.8	-9.2	-2.7	0.6	-2.1	10.0
乡村	70~79	11.5	-13.2	-3.4	4.8	-6.8	7.2	-1.2	1.3
	80~89	7.5	-4.0	1.7	-3.7	-6.0	4.4	-3.1	3.2
	90+	4.5	0.0	3.2	-5.2	-2.2	-2.3	-5.6	7.5
女性	70~79	13.9	-8.5	-6.2	2.0	-6.6	5.2	-1.2	1.2
	80~89	9.4	-1.8	0.0	-5.6	-6.8	3.3	-2.6	4.1
	90+	5.4	0.5	1.9	-6.9	-3.1	-3.0	-4.2	9.3
男性	70~79	12.8	-11.5	-6.9	4.9	-5.1	5.4	-0.8	1.3
	80~89	10.2	-3.7	-2.0	-2.9	-6.2	3.7	-1.9	2.9
	90+	5.6	-0.1	1.3	-5.7	-3.7	-0.9	-3.1	6.8

### **（一）随年龄增长老年人健康水平总体在逐渐下降，进入高龄期后生活不能自理老年人比例明显上升**

“队列变化”指的是 2010 年活到 2020 年老年人健康状况与十年前相比发生的变化。“截面变化”指的是 2020 年各年龄组与十年前相同年龄组相比发生的变化。如表 2 所示，队列变化结果表明 2020 年同一队列老年人健康状况与 2010 年相比发生了较大的变化。70～79 岁和 80～89 岁年龄组中自评为健康老年人比例分别下降了 10.1 个百分点和 2.9 个百分点，在 70～79 岁和 80～89 岁年龄组中，不健康但生活能够自理的比例分别上升了 5.3 个百分点和 3.6 个百分点。在 80～89 岁和 90 岁及以上年龄组中，生活不能自理比例中分别上升了 3.6 与 8.6 个百分点。从截面变化看，自评为健康老年人比例呈上升趋势，基本健康、不健康但生活能够自理、生活不能自理的老年人比例呈下降趋势。将之与队列变化结果对比可知，过去十年来中国老年人口整体健康水平上升主要由新生代老年人口健康状况改善所贡献。

### **（二）随年龄增长城乡老年人健康水平总体均呈现迅速下降趋势，但生活不能自理城镇老年人比例在进入高龄期后增长幅度高于乡村**

从分队列变化城乡数据看，随着年龄的增长，城镇和乡村老年人健康水平十年来总体均呈现下降趋势。如表 2 所示，以 70～79 岁和 80～89 岁为例，自评为健康乡村老年人比例分别下降 13.2% 和 4.0%，自评为健康的城镇老年人比例分别下降 8.2% 和 3.7%，基本健康的乡村老年人和城镇老年人比例在 70～79 岁略有上升，在 80～89 岁和 90 岁及以上年龄组中均出现下降，其下降幅度在 3.7% 到 9.2% 之间。但在进入高龄期后乡村老年人不健康比例增长幅度要低于城镇老年人。以 80～89 岁年龄组和 90 岁及以上高龄老年人为例，生活不能自理乡村老年人比例分别增加了 3.2% 和 7.5%，生活不能自理城镇老年人比例分别增加了 4.2% 和 10.0%。这有可能是死亡选择性作用。从截面变化看，不同年龄组中自评为健康的城乡老年人比例均有所提高，但乡村老年人中生活不能自理的老年人比例上升幅度低于城镇老年人。这可能反映了十年来年轻新生代乡村老年人健康水平相比过去有所提升。

### **（三）随年龄增长男性和女性老年人健康水平总体均呈现下降趋势，但生活不能自理女性老年人比例在进入高龄期后增长幅度高于男性**

从队列变化分性别数据看，十年来，随着年龄的增长，男性和女性老年人健康水平总体上均呈现下降趋势。如表 2 所示，以 70～79 岁和 80～89 岁年龄组为例，自评为健康女性老年人比例分别下降了 8.5% 和 1.8%，自评为健康男性老年人比例分别下降了 11.5% 和 3.7%。但女性老年人在进入高龄期后生活不能自理比例增长幅度高于男性。以 80～89 岁年龄组和 90 岁及以上高龄组为例，生活不能自理女性老年人比例分别增加了 4.1% 和 9.3%，而在生活不能自理男性老年人中这一比例仅增加了 2.9% 和 6.8%。从截面变化看，男性和女性老年人自评为健康的比例均有所提高，基本健康比例和不健康比例均出现下降。对比可知，2020 年两性较年轻老年人口健康水平相比 2010 年更好。

#### 四、中国老年人口健康状况变动的趋势前瞻

在假设中国老年人整体健康状况比例保持不变的前提下基于队列要素法预测未来四十年不同健康状况老年人口规模及变动趋势。本研究对人口预测参数设定主要包括起始人口、生育参数、死亡参数、迁移参数。其中起始人口、生育模式设定以第七次全国人口普查中相应数据为准。并假设中国生育水平长期维持在 1.30 的水平, 设定出生性别比从 2020 年的 111.3 线性递减至 2060 年的 107。在死亡水平的设定上, 以 2020 年国家统计局公布的分性别平均预期寿命为基础 (男性为 75.37 岁, 女性为 80.88 岁), 并假设预测期内我国男性人口的平均预期寿命在 2060 年时将达到 79.91 岁, 女性达到 85.06 岁。经对比, 以寇尔-德曼模型西区生命表作为预测期间的死亡模式, 同时将迁移参数设为 0, 并一直持续到 2060 年。

##### (一) 中国将在本世纪三十年代进入超老龄社会, 高龄老年人口在本世纪中叶前突破 1 亿规模

如图 7 所示, 中国总人口规模将在 2025 年前后达到峰值, 此后中国将进入人口负增长阶段。从 2020 年到本世纪中叶前, 中国老年人口规模呈不断增长趋势。具体而言, 中国 60 岁及以上老年人口规模在 2020 年为 2.64 亿, 2024 年将超过 3 亿, 2035 年前超过 4 亿, 2051 年将达到峰值 4.93 亿。

中国预计将在本世纪三十年代进入超老龄社会。预测结果显示, 中国 60 岁及以上的老年人口比例在 2020 年为 18.73%, 在 2034 年超过 30%, 在 2055 年超过 40%。从 2020 年到本世纪中叶中国人口老龄化程度会不断加深, 这将是中国人人口老龄化增长速度最快的时期, 中国人口年龄结构会不断老化。

高龄老年人口规模在本世纪中叶前突破 1 亿规模。预测结果显示, 80 岁及以上的高龄老年人将从 2020 年的 0.36 亿到 2044 年突破 1 亿规模, 到 2055 年达到峰值 1.45 亿。高龄老年人规模在短暂的四十年内提高了近 3 倍。由于高龄老年人生活依赖性较强, 是失能高发阶段, 这会对社会养老服务体系形成严峻挑战。

##### (二) 不健康老年人口赡养比快速上升, 由疾病扩张与老龄化叠加产生的社会经济负担逐渐增加

从前文已知, 健康的老年人经济独立性明显更好, 对家庭和社会的依赖较小。因此若不对老年群体内部进行区分而直接使用经典老年赡养比指标计算人口抚养系数会高估老龄化带来的养老负担。鉴于此, 本研究在经典老年赡养比基础上提出不健康老年人口赡养比和生活不能自理老年人口赡养比。不健康老年人口赡养比通过将 60 岁及以上不健康但生活能自理及生活不能自理老年人口规模相加之和除以同年 15 ~ 59 岁劳动力人口规模然后乘以百分数。生活不能自理老年人口赡养比通过将 60 岁及以上生活不能自理老年人口规模除以同年 15 ~ 59 岁劳动力人口规模然后乘以百分数。

如图 7 所示, 不健康老年人口赡养比和生活不能自理人口老年赡养比在 2020 年到 2060 年之间总体均呈上升趋势。不健康老年人口赡养比在 2020 年为 3.77%, 在 2030 年达到 5.83%, 在 2040 年达到 7.47%, 在 2058 年达到 10.50% 峰值。生活不能自理老年人口赡养比在 2020 年

为 0.69%，在 2030 年达到 1.07%，在 2040 年达到 1.37%，在 2058 年达到 1.93% 峰值。不健康老年人口赡养比上升速度较快，由疾病扩张与老龄化叠加带来的社会经济负担明显增加。但这也远低于经典老年赡养比指标的估计结果。

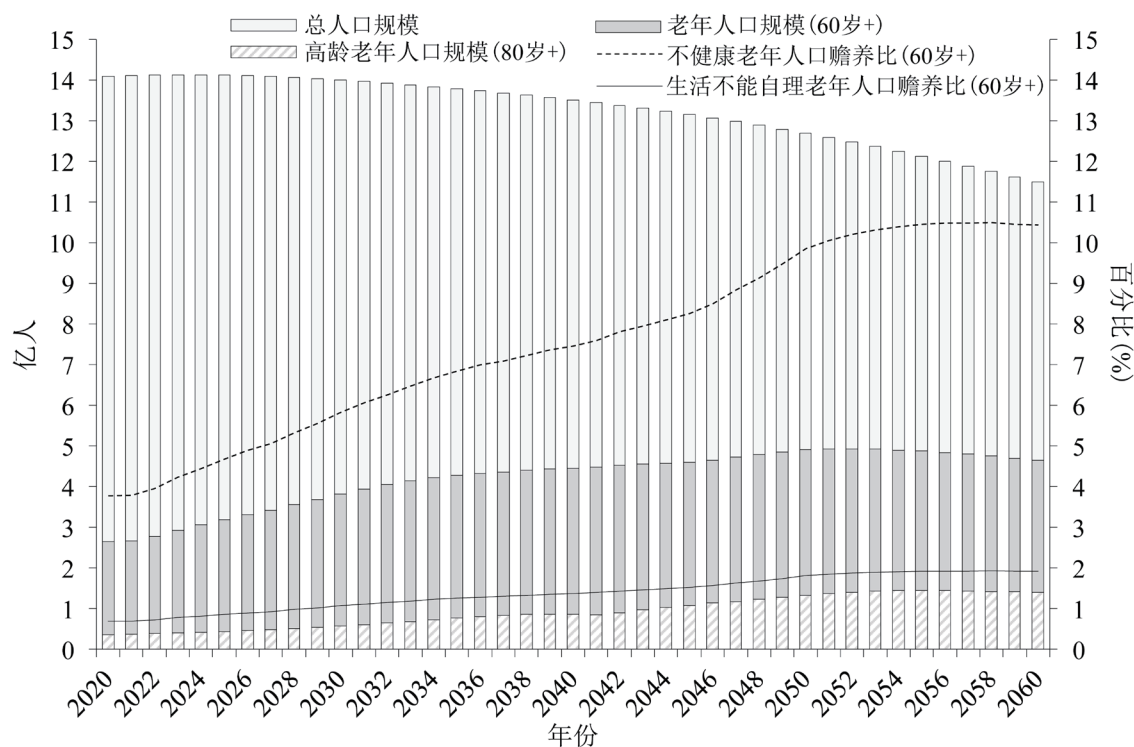


图7 2020-2060年中国总人口规模、老年人口规模及不健康老年赡养比变动趋势

### （三）健康红利和长寿红利将随老龄化加深愈加明显，生活不能自理老年人口数量到本世纪中叶翻一番

健康红利是指通过对人口全生命周期的健康投资而带来的社会经济回报。健康红利是健康老龄化直接产生的社会经济效应。长寿红利是指由老年人口特别是高龄人口的规模和比例提高所产生的消费需求及老年人口社会参与对经济增长直接或间接的推动作用（陆杰华等，2019），长寿红利是积极老龄化所产生的社会经济效应。虽然人口预测结果显示到本世纪三十年代中叶中国 60 岁及以上老年人口规模超过 4 亿，其占总人口的比例将超过 30%。80 岁及以上高龄老年人在本世纪中叶前突破 1 亿规模。但是若假设中国老年人能够继续维持当前健康水平，健康状况良好老年人口仍将占大多数。如表 3 所示，健康和基本健康老年人口规模之和在 2020 年约为 2.30 亿，在 2030 年达到 3.33 亿，2040 年达到 3.89 亿，2050 年达到 4.29 亿。生活不能自理老年人在 2030 年达到 895 万，2040 年达到 1043 万，2050 年达到 1152 万。若在此基础上继续考虑疾病扩张风险（Zeng Y 等，2017），未来四十年生活不能自理老年人规模几乎要翻一番。综合看，政策制定者若能极具前瞻性继续切实推进健康老龄化和积极老龄化政策，那么由此产生的健康红利和长寿红利效应将有效缓解快速的人口老龄化对公共卫生及经济系统所产生的负面冲击。

表3 2020-2060年中国不同健康状况老年人口规模预测结果(千人)

年份	总体			健康			基本健康			不健康, 但生活能自理			生活不能自理		
	合计	男	女	小计	男	女	小计	男	女	小计	男	女	小计	男	女
2020	264018	127381	136637	144266	73298	70970	86092	38936	47154	27473	12442	15031	6187	2705	3482
2030	381717	179594	202123	208580	103342	104984	124471	54896	69754	39720	17542	22235	8945	3814	5150
2040	444867	205853	239013	243087	118452	124145	145063	62923	82485	46292	20107	26293	10425	4372	6091
2050	491414	226517	264897	268521	130342	137589	160241	69239	91418	51135	22125	29140	11516	4811	6750
2060	464620	214643	249976	253880	123510	129839	151504	65610	86269	48347	20965	27499	10888	4558	6370

## 五、中国老年人口健康变动的主要社会经济影响

健康红利与长寿红利将有望塑造新经济效应。中国老年人口总体较好的健康状况可以为开发老年人力资源、提升老年社会参与水平及发展老龄产业提供良好契机。未来四十年, 老年人口参与家庭生活会产生积极社会经济效应, 规模日益庞大的健康老年群体也会催生日益多样化的消费需求, 以老年人口为中心的旅游、金融、地产、康养等产业生态圈将快速孵化, 老年人口的健康优势在直接减轻老年人家庭及社会养老负担的同时也会带来巨大的经济回报。队列分析结果显示十年来中国老年人口整体健康水平改善主要由新生代老年人口贡献。这表明若能前瞻性建立健全全生命周期健康服务体系, 不断缩小在性别、城乡及区域间的健康不平等, 压缩老年期后端的生活不能自理时间, 全力落实健康老龄化和积极老龄化政策, 即使高龄老年人口规模在本世纪中叶前突破 1 亿, 仍可以通过把握健康红利和长寿红利效应, 激发经济发展新动力, 并助力中国第二个“一百年”目标的实现。

老年人口健康变动对中国经济社会发展的新挑战体现在老年人视角下的保障性健康养老需求未满足问题和社会经济视角下的发展问题。前者的挑战主要体现为如何满足失能老年人、丧偶老年人、贫困老年人等重点老年群体的保障性健康养老需求。从 2020 年到本世纪中叶, 健康劣势老年群体规模会随着老龄化程度加深而增加, 这需要通过创新养老保障体制、发展医养结合及长期照护服务等综合性措施加以应对。后者的挑战指人口与经济社会协调发展问题。从人口预测结果看, 一是表现在生育率持续低迷、劳动力人口规模减少和高龄人口持续增加对宏观经济运行的直接影响。二是表现在不健康老年人口赡养比和生活不能自理老年人口赡养比上升, 家庭与社会总体养老负担加重。三是表现在与省际、城乡经济发展不平衡、性别不平等叠加的老年健康不平等。发展问题治理必然会涉及更加多元利益主体的博弈, 将发展问题视为“老年人问题”“人口问题”还是“经济问题”将高度考验老龄社会或超老龄社会政府的治理能力。

总体而言, 结合对过去十年来老年人健康变动队列探究、2020 年中国老年人口健康状况剖析以及未来四十年中国不同健康状况老年人规模及变动趋势前瞻分析。本研究认为, 老年人口健康变动对中国经济发展的机遇主要表现在由中国政府不断推进积极老龄化和健康老龄化所产生的健康红利与长寿红利效应。老年人口健康变动对中国经济社会发展的挑战在于如何满足



---

规模日益庞大的特殊老年群体保障性健康养老需求以及缓解疾病与老龄化叠加对家庭养老、社会保障及宏观经济体系运行产生的深远影响。

## ◀人口与健康▶

## 上海市老年人健康管理服务现状分析

钟姮<sup>1</sup>, 刘思尧<sup>1</sup>, 曹筱筱<sup>2</sup>, 杨超<sup>1</sup>, 张天晔<sup>1</sup>, 王冬<sup>1</sup>, 毕媛<sup>3</sup>

(1. 上海市卫生健康委员会, 上海, 200125;

2. 上海市奉贤区西渡街道社区卫生服务中心, 上海, 201401;

3. 上海市健康促进中心, 上海, 200040)

老年人健康管理是国家基本公共卫生服务项目的重点内容之一, 是指每年为辖区内 65 岁及以上老年人提供 1 次免费健康管理服务。健康管理不仅是针对老年人主动开展健康保护来降低健康风险和节省医疗支出的方法, 更是减轻社会医疗负担及实现分级诊疗的重要方法。上海市自 2009 年开展老年人健康管理服务以来, 经过 13 年发展, 服务内容不断丰富和完善, 但由于缺少全生命周期健康管理的理念和策略, 导致目前相关工作主要局限于老年人健康体检, 缺乏对其他服务方式的具体落实。并且, 老年人健康管理服务的工作模式及业务边界尚处于发展探索阶段, 影响实施效果。本研究通过分析近年来上海市 16 个区的老年人健康管理数据, 梳理全市老年人健康管理现状, 探讨影响推进老年人健康管理工作的因素, 为提高老年人健康管理水平提供对策参考。

## 一、上海市老年人健康管理服务项目现状

## (一) 上海市户籍老年人口变化趋势

2021 年末, 上海市 65 岁及以上老年人口占总人口的比重为 26.9%, 较 2019 年增加 2.3% (表 1)。

表1 2019-2021年上海市老年人口情况

年龄段	2019 年		2020 年		2021 年	
	人数 (万人)	占总人口比重 (%)	人数 (万人)	占总人口比重 (%)	人数 (万人)	占总人口比重 (%)
总人口	1 471.16	100	1 478.09	100	1 495.34	100
≥ 60 岁	518.12	35.2	533.49	36.1	542.22	36.3
≥ 65 岁	361.66	24.6	382.44	25.9	402.37	26.9

数据来源: 2021年上海市老年人口和老龄事业监测统计信息。

## (二) 横向对比: 全市不同城区老年人健康管理情况

2019 年, 全市 65 岁及以上常住居民为 332.54 万人, 其中接受健康管理人数为 205.38 万人, 全市老年人健康管理率为 61.76%。远郊城区老年人健康管理率最高且超过当年国家绩效考核标准 0.2% (表 2)。

2020 年, 全市 65 岁及以上常住居民为 343.03 万人, 其中接受健康管理人数为 254.06 万人,

全市老年人健康管理率为 74.06%。中心、近郊、远郊城区及全市老年人健康管理率均超过当年国家绩效考核标准（表 2）。

2021 年，全市 65 岁及以上常住居民为 390.11 万人，其中接受健康管理人数为 273.13 万人，全市老年人健康管理率为 70.01%。中心城区及全市老年人健康管理率超过当年国家绩效考核标准（表 2）。

表 2 2019-2021 年上海市不同城区老年人健康管理率（单位：%）

年份	中心城区	近郊城区	远郊城区	全市	国家绩效考核标准
2019	61.75	59.87	67.20	61.76	67
2020	74.83	74.13	71.84	74.06	70
2021	75.41	66.19	69.92	70.01	70

### （三）纵向对比：近年老年人健康管理变化情况

2019-2021 年，上海市中心城区老年人健康管理率呈上升趋势；近郊及远郊城区老年人健康管理率呈先增高后降低趋势（图 1）。

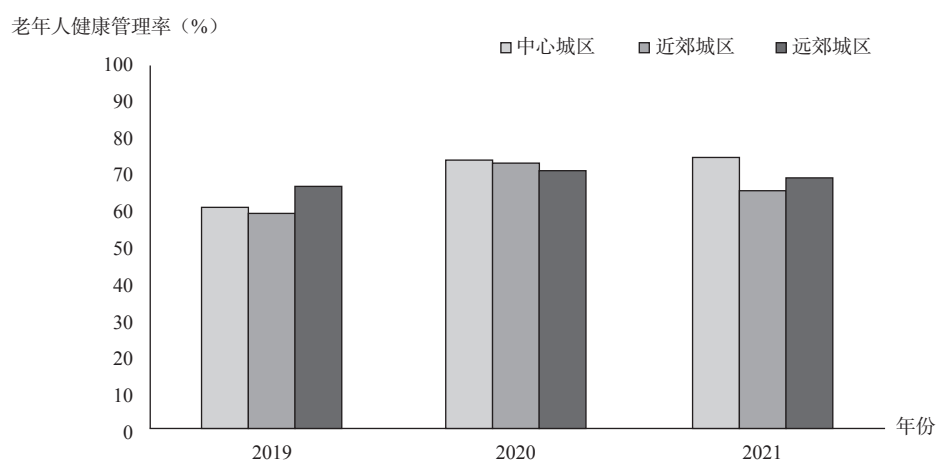


图 1 2019-2021 年上海市不同城区老年人健康管理率变化情况

### （四）纵向对比：全市老年人健康管理率、体检率及家庭医生签约率的变化

2019-2021 年，全市老年人健康管理率、体检率及家庭医生签约率变化趋势基本一致，总体呈现先增高后降低趋势（图 2）。

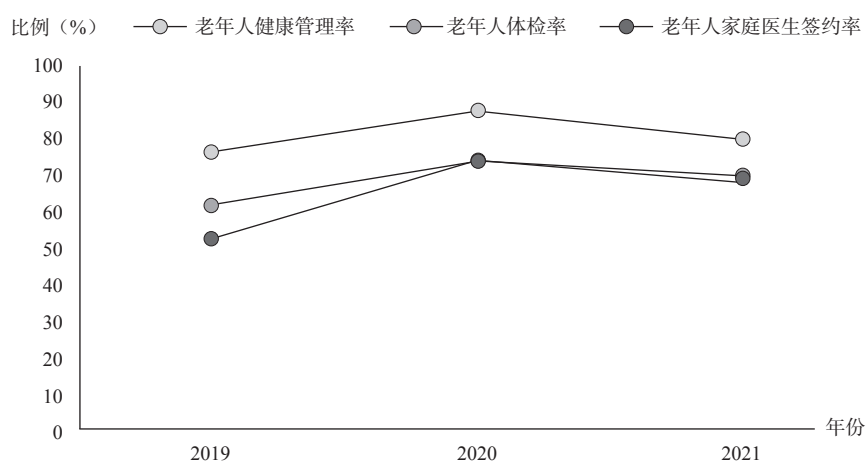


图2 2019-2021年上海市老年人健康管理率、体检率、家庭医生签约率的变化情况

### (五) 除健康体检外其他服务利用情况

2022 年前三季度，全市 65 岁及以上常住人口 402.51 万人，接受社区健康管理服务人数为 131.17 万人，老年人健康管理率为 32.59%。其中，76.21 万人在社区卫生服务中心接受老年人免费健康体检服务，体检率为 18.93%；其余 55.06 万人的健康管理数据是通过信息系统整合而成，其信息化整合率为 13.68%。

上海市各区老年人健康管理率存在差异，管理率最高的是中心城区，为 43.88%，其中 36.56% 的数据来源于信息化整合；管理率最低的是近郊城区，为 22.21%，其中信息化整合率为 1.83%。中心城区老年人健康管理率明显高于近郊城区和远郊城区，对信息化整合利用率较高（图 3）。

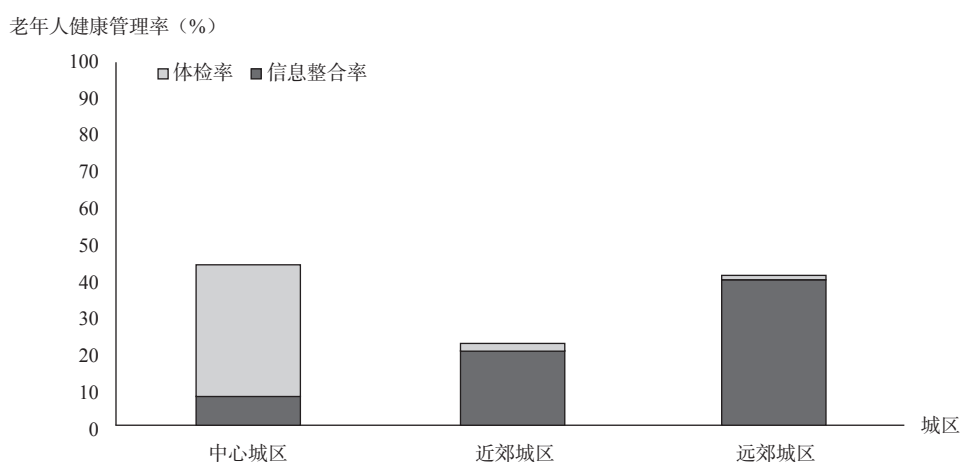


图3 2022年前三季度上海市不同城区老年人健康管理服务开展情况

### （六）全市人均基本公共卫生补助经费情况

2019-2022 年，全市人均基本公共卫生补助经费逐年增高。2022 年前三季度全市人均基本公共卫生补助经费为 114.4 元，较 2019 年增加了 23.18 元（图 4）。

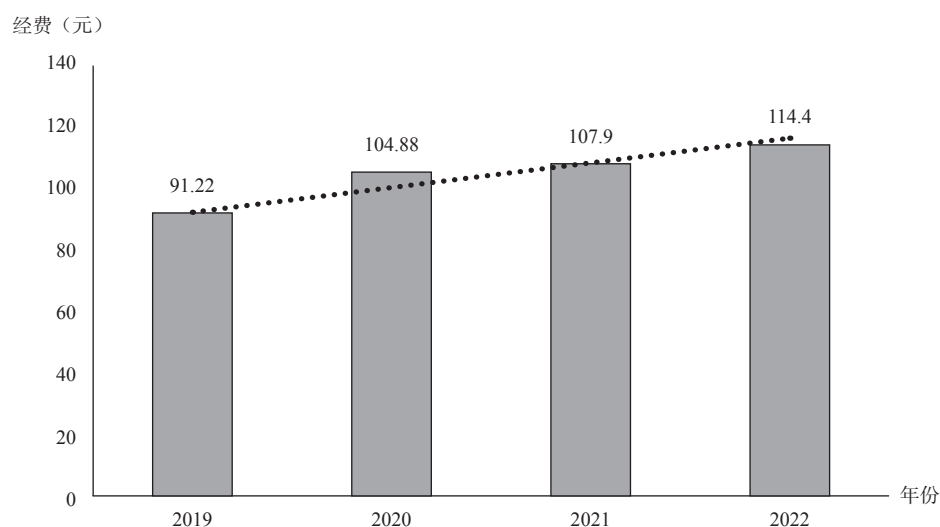


图4 2019-2022年上海市人均基本公共卫生服务项目补助经费情况

### （七）老年人健康管理项目和其他基本公卫项目的达标情况对比

2019 年，全市老年人健康管理率低于国家绩效考核标准 5.24%。对比同年其他国家基本公卫项目：全市居民电子健康档案建档率高于国家绩效考核标准 6.39%；0~6 岁儿童健康管理率高于国家绩效考核标准 13.47%；高血压患者规范管理率高于国家绩效考核标准 24.77%；2 型糖尿病患者规范管理率高于国家绩效考核标准 26.84%（表 3，图 5）。

2020-2021 年，在国家绩效考核标准提高的情况下，上海市仍连续两年老年人健康管理率高于国家绩效考核标准，但相较于同年其他国家基本公卫项目达标情况，仍有一定差距（表 3，图 5）。

表3 2019-2021年上海市基本公共卫生服务项目实施情况（单位：%）

项目	2019 年		2020 年		2021 年	
	上海市	国家绩效考核标准	上海市	国家绩效考核标准	上海市	国家绩效考核标准
老年人健康管理率	61.76	67	74.06	70	70.01	70
居民电子健康档案建档率	81.39	75	86.29	75	88.18	75
0~6 岁儿童健康管理率	98.47	85	98.68	90	99.52	90
高血压患者规范管理率	84.77	60	84.63	60	83.59	60
2 型糖尿病患者规范管理率	86.84	60	84.42	60	82.31	60

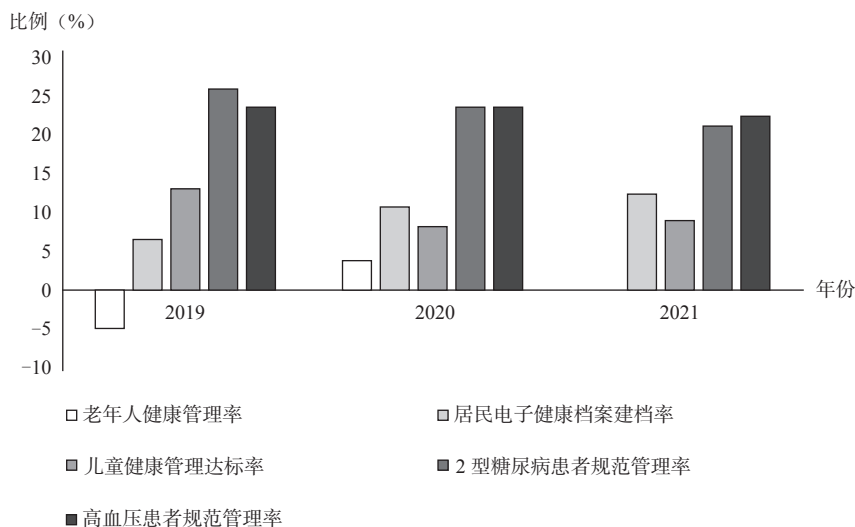


图5 2019-2021年上海老年人健康管理项目与其他基本公共卫生服务项目达标情况对比

## 二、上海市推进老年人健康管理服务的问题讨论

### (一) 项目服务模式有待丰富

根据《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》要求，老年人健康管理服务的内容包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查和健康指导等。但在实际工作推进过程中，各区通常将“体检”作为老年人健康管理服务的主要形式，以“体检率”替代“健康管理率”，忽略健康指导、生活状况评估等服务形式（沈阳，2021）。由于“体检”项目属于近距离服务，在常态化疫情防控形势下，会直接影响到各区工作进度，甚至导致项目停滞。因此，严重依赖“体检”的现状亟须改善。而且，目前开展的“体检”项目较为单一（赵冬玲，2021），无法满足群众的实际需求，导致群众参与度不高。此外，除“体检”外的其他老年人健康管理的服务模式尚缺乏统一的评价考核标准，导致基层开展工作时难以量化，开展工作难度较大。

### (二) 区域内工作壁垒仍需待进一步打通

社区卫生服务中心工作条线较多，目前各条线工作内容尚不完全兼容。李敬芝等人对奉贤区老年人健康管理考核分析的研究中发现，老年人健康管理项目与高血压、糖尿病等慢性病随访相结合率过低（李敬芝等，2020）。本研究同样发现该现象，2019-2021年高血压、2型糖尿病的规范管理率远超国家绩效考核标准，并且高血压、糖尿病患病人群以老年人居多，但老年人健康管理率却刚达到国家绩效考核标准，这也侧面表明老年人健康管理条线和高血压、糖尿病等慢病管理条线尚未完全融合开展。本研究发现，2019-2021年，居民电子健康档案建档率和0~6岁儿童健康管理率连续3年均高于国家绩效考核标准（图5）。根据基层工作反馈，居民电子健康档案项目是结合家庭医生签约服务，在和家庭医生签约前必须进行建档；而0~6岁儿童健康管理项目是结合儿童的预防接种工作，儿童每次接受免疫规划范围内的预防接种时，要接受一次健康管理。这也提醒了打通工作条线壁垒的意义和必要性，工作条线间的壁垒不仅会导致数据无法互通，还会额外增加基层工作负担。

### （三）信息化改造进度需进一步加快

近几年,各区陆续开展了老年人健康管理的信息化整合工作,即社区卫生服务中心通过信息化采集老年人体检数据,无须组织体检。此项工作是源于目前上海市医保报销比例较高、可提供体检服务的医疗机构较多,老年群体对健康体检的选择面较大,部分老年人已有在其他医疗机构体检记录,重复体检会导致医疗资源的浪费且群众配合度不高。为了更好地整合区域内医疗机构就诊记录、体检数据等,部分区启动了较大规模的系统改造,甚至更换软件开发商,但信息系统改造进度直接影响了健康管理数据整合进展。2022 年前三季度数据表明,各区健康管理进度和信息化整合进度明显相关,新冠疫情影响了老年人健康管理工作的进展。

### （四）基层工作有待进一步减负

近年来,上海市老龄化程度逐渐加深,上海市很多中心城区、近郊城区的社区卫生服务中心需要服务 2.5 万~3 万的老年人。按照老年人健康管理率 70% 的要求,大约需服务 2 万多名老年人,但受限于社区卫生服务中心的营业面积及人员编制,往往会导致基层负荷过重(秦彦等, 2021),基层工作人员往往疲于应付表格的填写和完善。未来,随着老年群体逐渐增多,服务项目不断拓展,基层工作压力也会进一步加重,导致老年人健康管理工作的落实难度进一步加大。

## 三、政策建议

### （一）创新探索服务模式,优化服务流程

采用“规定动作+自选动作”模式,鼓励各区根据财政能力,在目前现有基础体检项目的基础上,补充针对适合不同区域、不同人群的体检服务包。拓展老年人健康管理的新形式、新方法,加紧与专业机构、院校对接,对“老年人健康管理服务”具体服务内容进行详细顶层设计,形成可评估、可量化的其他服务模式,便于基层开展工作。加强智慧社区建设,实施预约分流(伍星等, 2020),避免集中式、突击式老年人健康体检,分散社区业务压力。优化信息录入路径,为基层工作减负。

### （二）加强服务整合,推进各平台系统互通、数据共享

在社区层面建立覆盖全人群、全生命周期的健康信息平台。社区是健康管理的实施平台,为切实提高基层工作效率,应整合不同项目、不同重点人群采集和随访信息,推进平台系统互通、数据共享,各条线工作融合开展,力争实现各区相关部门不进行大规模调整的前提下,规范接口标准。比如,老年人健康管理可作为一次高血压、糖尿病等慢性病管理,做到慢性病随访、管理有机结合。

此外,现阶段我国居民健康管理工作的缺乏针对性与系统化,需要寻求新型管理模式(谢文娟, 2020)。目前正在推进的家庭医生签约服务正是要把家庭医生团队打造成居民健康的守门人。本研究发现,老年人健康管理率和家庭医生签约率变化趋势基本一致(图 2)。磨燕等人的研究中也发现,家庭医生服务在老年人健康管理中可发挥较好作用(磨燕等, 2021)。因此,鼓励养老机构等老年人聚集的社区与周边医疗卫生机构开展多种形式的签约服务,通过与家庭医生

签约服务充分整合,更好地为老年人提供高质量的健康管理服务。

### **(三) 加快信息化整合, 强化数据保护**

加快对区域内体检数据或诊疗数据的整合,不仅有利于推进老年人健康管理工作,还能节省医疗成本、人力成本、基本公共卫生服务经费、各区财政、医保经费等,避免资源浪费。在推进信息化整合工作中,要做好数据传递、保管工作,严格确保数据安全。做好对群众告知及健康指导工作,利用信息化采集的健康数据开展健康评估,根据健康体检与评估结果,对老年人开展针对性健康指导和管理。

### **(四) 加强督促指导, 注重示范带动**

各区卫生健康行政部门加强对辖区内老年人健康管理工作的管理和考核,细化上报指标,比如,老年人健康管理率、体检率、信息化整合率、健康指导率等,及时了解具体工作动态及困难,帮助基层查漏补缺。同时,要建立完善的动态监测、考核评价体系及服务反馈渠道,推动工作更好开展。要加强各区的沟通,交流典型经验做法,激励服务水平提升。促进全阶段社区积极参与,进一步规范执行《上海市社区健康管理工作规范》,细化管理标准,将标准化建设纳入各区各单位考核指标(黄萍等,2020)。

### **(五) 加大政策支持, 强化基层人才队伍建设**

健康管理经费的缺少是影响社区卫生服务发展的一个重要因素。尽管本市人均基本公共卫生服务项目补助经费已逐年增加,但在统筹推进各项工作时仍十分有限。需要从政策层面探索改革现有筹资方式,推进以政府主导的多元化筹资和补偿渠道,发挥政策优势鼓励社会组织及社会资本主动参与到老年人健康管理之中(周婧雅,2022)。探索将社会医疗保险和健康管理结合、允许社会保险作为补充等方式(郭洪涛,2014),减轻政府财政压力,丰富老年人健康管理内容。此外,健康管理专业的素质影响老年人健康管理的服务质量,应加强人才队伍建设,大力引进基层卫生人才,加强对社区卫生服务人员的理论培训和实践培训,提升服务管理能力。

### **(六) 增进部门协作, 强化宣传力度**

推进老年人健康管理工作离不开有效的宣传引导,鼓励社区充分借力于街道、居委会等机构开展宣传、教育。今年,民政部等四部门联合发文,要求加强村(居)民委员会公共卫生委员会建设,应尽快形成部门合力,建立健全社区卫生服务机构和公共卫生委员会协调联动工作机制,协助做好老年人健康管理服务的宣传、反馈等工作。建立定期宣传老年人健康管理知识的规章,综合利用讲座、电视、现场咨询及新媒体平台,充分发挥政府在老年人健康管理中的信息资源优势,引导其树立健康意识,对老年人的健康管理进行有效的行为干预(李春霖,2013)。



# 上海市失能失智老年人健康服务供需平衡的资源整合对策

于莹<sup>1</sup>, 杜学礼<sup>1</sup>, 刘悦文<sup>1</sup>, 马微波<sup>2</sup>

(1. 上海健康医学院, 上海, 200237;

2. 华东师范大学公共管理学院, 上海, 200062)

## 一、研究背景和意义

### (一) 人口老龄化背景下上海市在失能失智老年人健康服务方面的探索

人口老龄化问题广泛影响着全球绝大多数国家和地区的发展。目前尚无证据表明失能失智老年人群体和一般老年人群体之间的共病风险差异, 但是鉴于失能失智老年人已出现的日常生活活动功能损伤和衰弱而言, 共病的继续作用会对失能失智老年人现存健康造成再次伤害。积极推进失能失智老年人健康服务供给, 满足失能失智老年人多病共治、医养结合的健康服务需求十分必要。

上海市在满足老年人健康服务需求、老年医疗护理服务体系建设、优化老龄健康政策等方面率先布局, 形成失能失智老年人健康服务供给、服务能力、服务管理的基础性支撑体系, 并持续高质量提升。全面推进实施健康中国战略和积极应对人口老龄化国家战略的新发展阶段, 建设“更加便捷、更高品质、综合连续的整合型老年健康服务体系”成为政府总体要求。

### (二) 优化上海市失能失智老年人健康服务供需平衡路径的必要性与迫切性

在国家系列政策的大力支持下, 许多地区都陆续开展了医养结合的实践探索。但在创新实践中, 也面临许多问题, 如配套政策和制度不完善、资金和专业人才缺乏、资源碎片化等, 阻碍了医养结合政策的进一步开展。基于失能失智老年人需求的复杂多边性, 供需适配不足、不匹配或错配的现象十分突出。这可能与服务模式的单一性、供需对接方式的随机性有关。因而, 应积极推动整合式医疗服务, 分析健康服务的供需适配路径, 使供需对接方式呈靶向性, 以助于健康服务供给更具精准性。为此, 本文基于服务资源整合理论, 探究失能失智老年人健康服务资源整合逻辑, 提出失能失智老年人健康服务资源供需平衡的实现路径, 以期为该人群的健康服务供需平衡的实现提供理论支撑。

## 二、上海市失能失智老年人健康服务供需现状

### (一) 供需现状

随着人口老龄化进程加快, 失能失智人数剧增, 建设针对性的健康服务体系的重要性日益凸显。一方面, 有照护需求的老年人群规模不断壮大, 服务不充分、不适应、不连续的挑战将更为严峻; 另一方面, 服务管理中仍然存在的现实问题有待解决。梳理发现, 上海市失能失智

老年人健康服务供需问题主要集中在 3 个方面：一是失能失智老年人健康服务保障、健康管理指导等方面的资源整合等不足；二是日常生活照护服务与老年医学专业指导不充分；三是失能失智老年人健康服务的居家—社区—机构养老模式与预防—诊疗—康复—护理健康服务两个体系间缺乏有机衔接。失能失智老年人健康服务体系建设需要系统性地解决服务资源整合及服务链上的供需平衡问题。

## （二）供需不平衡原因分析

### 1. 制度建设层面

关于健康服务标准体系，目前尚未形成针对失能失智老年人健康服务的统一评估系统和办法，忽视了健康服务需求的系统性和梯度特征，缺少依据失能失智老年人评估结果为其设计符合身心问题发展规律的连续性服务计划及各类型服务具体操作标准。从失能失智预防、早期干预到后期症状管理的服务转接标准若不清晰或没有明显的区分度，服务的质量就会受评估人员主观因素影响，并间接导致健康服务的项目供给不足。

### 2. 服务供给层面

关于养老服务机构和床位数资源，面临着资源分布不均的问题，区域布局有待进一步优化。基于对上海市 16 个区的 169 家综合为老服务中心关于机构养老、社区养老资源配置等相关调研数据，从布局上看，养老机构从内环内区域到外环外区域的机构规模（机构数、床位数）都是逐渐扩大。尽管外环外的养老机构数量比中内环内区域的有所减少，但床位数规模还是比外环内的区域机构的床位数有数量上的优势，内环线以内及内环线以外、中环线以内区域每千人拥有的床位数低于全市平均水平。此外，中环内区域以公办或者公办民营性质机构居多，这可能是因为市中心位置（中环内）土地资源稀缺，拿地成本高，机构规模小，导致了床位资源配置不均的现象。

### 3. 服务需求层面

关于老年人健康服务的利用效率，调查发现，相较社区卫生服务机构，失能失智老年人更偏向选择二、三级公立医院就医，相当一部分老年人没有利用或购买过社区提供的健康服务项目。社区卫生服务机构的老年人健康服务利用效率有待进一步提高。此外，总体而言，失能失智老年人对卫生服务利用率、医疗服务需求满足度、医疗护理需求满足度“三低”仍然存在。

### 4. 评价机制层面

政府在健康服务保障体系的政策体系建设方面还缺少有效的供需评价机制，难以客观反映多元利益诉求的显示机制，尤其是关于失能失智老年人健康服务基础设施建设水平如何，服务政策支持能否促进公平、连续、可及性及服务供给和需求是否适配等内容，缺少合理且有侧重的评价标准。

### 三、服务资源整合理论及其对提高健康服务供需平衡的可行性分析

#### (一) 服务资源整合理论与健康服务供需平衡的耦合性分析

整合型健康服务体系是以“社区健康”为目的、以“分工合作”为手段、以“成本管理”为中心的融通型健康服务系统，旨在最合适的时间、地点为患者提供最适宜的，包括健康促进、疾病预防、治疗和临终关怀等整合于一体的终生连贯性服务（李芬等，2018）。当下，本市促进健康老龄化面临的挑战之一是，“全专结合”“上下联动”的整合型老年健康服务链尚未有效形成，诊疗、康复、护理的服务链条仍不健全，进而出现供需不平衡的现象，针对失能失智人群更是如此。亟须构建整合型老年健康服务框架，在解决健康服务其管理零散割裂问题的基础上，实现供需平衡机制。一是优化服务供给方式以推动供需平衡。通过服务资源整合理念的介入，健康服务供给的方式会更加多元，使健康服务能更为精准、有效。二是调整服务资源配置以实现供需平衡。通过服务资源有效配置的推动，减少健康资源分布不均衡带来的弊端，通过开发、转移、激活等方式丰富服务资源，最大化满足失能失智老年人对服务的需求。三是完善服务模式以促进供需平衡。通过整合服务主体、优化服务方式、优化服务传递过程，服务资源整合，进一步降低健康服务信息的获取成本，有利于服务传递的精准性、及时性、便利性，健康服务供给和需求的对接程度和效果会更好，从而提升服务供需平衡的整体水平（曲绍旭，2020）。

#### (二) 失能失智老年人健康服务资源整合逻辑

为了保障所提供服务的连续性，基于 Fulop 提出的整合型理论框架（李文敏等，2022），本文将健康服务资源整合分为 3 个层面：宏观层面的系统整合、中观层面的组织整合、微观层面的服务与专业整合。同时，本文还提出将规范整合和功能整合作为整合型健康服务系统性和结构性制度构建的两种支持工具（图 1）。

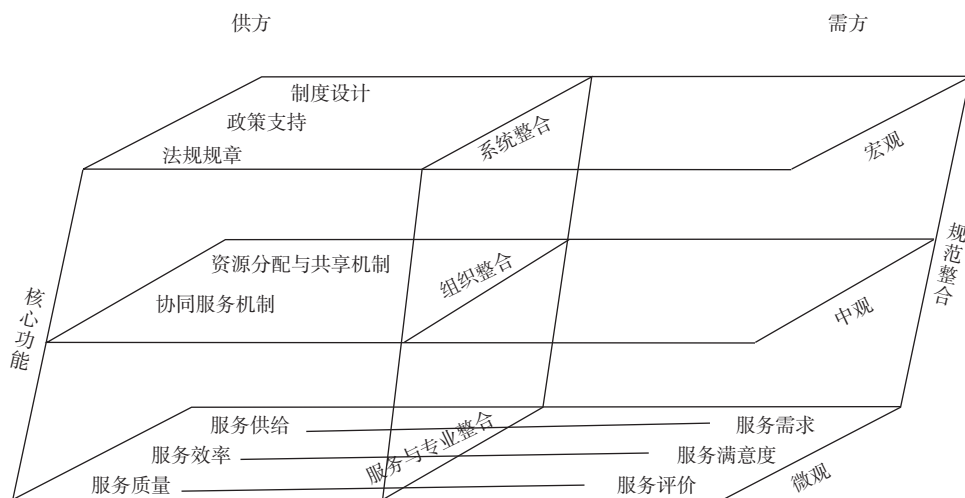


图1 失能失智老年人健康服务资源整合的逻辑分析框架

### 1. 宏观层面——健康服务系统整合

宏观层面的系统整合是对健康服务的政策体系进行整合,即将零散的健康服务政策支持、法规规章和制度设计整合到统一的健康服务框架中,形成完整全面的制度安排和良好的政策支撑。此外,系统整合还包括政府部门之间的协调与合作。

### 2. 中观层面——健康服务组织整合

中观层面的组织整合是指政府与服务提供者的合作及健康促进、医疗服务和康复照护等服务机构之间的合作。一方面,政府与服务提供者之间的合作主要表现为政府购买养老服务或者由政府承担合作成本,吸引社会资本进入健康服务领域。另一方面,由于失能失智老年人的生命周期是一个从轻度失能、中度失能到重度失能逐渐变化的历程,需要一条完整的健康服务链。社区服务中心、初级卫生保健机构、医疗卫生机构进行联结服务,实现各类资源配置方式的协同。

### 3. 微观层面——健康服务与专业整合

一方面是服务整合。为失能失智老年人递送个性化的涵盖“健康促进+预防保健+诊断治疗+护理康养+临终关怀”在内的全方位、全生命周期服务方案,以提供符合患者偏好的个性化、综合性服务,增强其寻求健康服务的满足感与获得感。另一方面是专业整合。由全科医生、执业护士、心理咨询师、社会工作者等跨学科团队的专业整合,在把握跨专业团队相容性的基础上提升服务质量和效率。

规范整合即是在以上 3 个层面中,供方和需方需要保持相同的价值观念和愿景目标,减少不必要的冲突,从而保障系统具备稳定持久的驱动力。功能整合主要包括支付方式、薪酬激励、利益分配、信息数据等。例如,借助互联网技术,建立养老服务信息管理系统整合政策制定者、服务供给者、服务管理者等多元主体的信息服务资源,完善服务提供者之间的信息有效共享机制。

## 四、失能失智老年人健康服务资源供需平衡路径优化

在服务资源整合视角下,健康服务供需平衡不仅要以失能失智老年人的服务需求为出发点,而且要反复考虑服务需求的满足程度及有效评估健康服务的供需平衡程度。通过服务资源有效整合,健康服务体系形成得以进入启动、演进、优化的循环。以制度优化、组织培育、服务质量提升为核心要素,以服务反馈和激励机制嵌入为载体支撑,以服务转介和资源共享机制为传输动力,在核心要素不断递进、载体力量支撑中,达成健康服务需求得到满足、供给效果进一步优化、供需平衡不断完善的目标。具体的失能失智老年人健康服务资源供需平衡路径分析如图 2 所示。

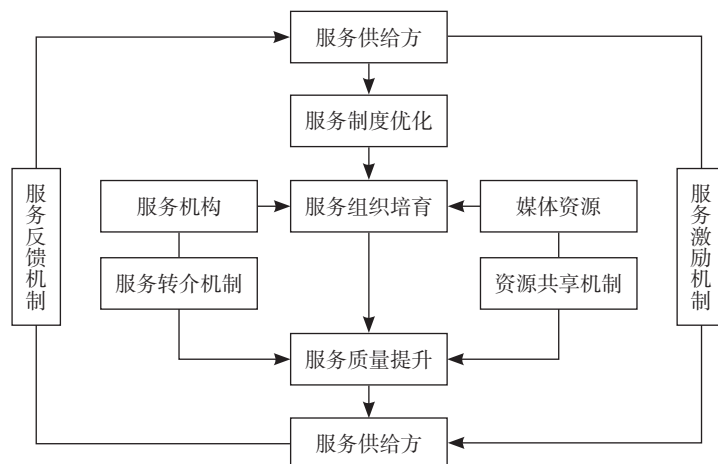


图2 失能失智老年人健康服务资源供需平衡的路径分析

### （一）服务制度优化，提供政策支撑

加快研究制定上海市失能失智老年人长期照料体系的整体规划和相关政策，研究建立长期照护服务项目、标准、质量评价等行业规范，完善居家、社区、机构相衔接的专业化长期照护服务体系。完善上海市统一的老年人能力评估标准，制定失智老年人评定指标、按照失能等级完善补贴制度。推进医养结合改革，充分发挥康复治疗在老年医疗服务中的作用。

### （二）强化服务组织培育，提供专业载体支撑

加强护理、康复医疗机构建设，提高基层医疗卫生机构护理床位比例。优化家庭医生签约服务，积极开展上海市老年人群的纵向调查，揭示上海市老年人群轻度认知障碍的现状，明确上海市轻度认知障碍影响因素的内在关联和交互作用，系统研制上海市轻度认知障碍预防和干预方案，降低老年人失能失智发生率。同时，建立多元体制的民办照护机构，支持社区嵌入式养老服务机构发展。

### （三）创新服务机制，提升服务质量

#### 1. 服务反馈机制

服务供给方由政府、社区、养老机构和家庭等参与主体构成，通过各主体的相互合作、信息共享来提供健康服务。服务需求方则是对健康知识、健康服务、健康行为塑造等方面有需求的失能失智老年人群体。在需求反馈过程中，供给方明确老年人的生理和心理需求及其个性化特点，提高服务的针对性、适老性，并在服务过程中高度重视老年人在服务种类、服务支出、服务质量评价、社会支持程度等方面的信息反馈，及时调整服务策略，持续改善服务质量。考虑失能失智老年人的数字素养和自我主动性较低，因此要简化该群体的反馈渠道，着重剖析老年人的需求表达内容和需求特点。失能失智老年人最关注的是医疗条件，社区、医院等场所是密切相关的收集反馈信息机构。卫生健康行政部门要把老年人对上述场所的服务满意度作为重要评价指标。

#### 2. 服务转介机制

服务转介机制有助于使不同的养老服务主体、养老方式之间相互承接，进而实现养老服务

需求方与供给方之间的无缝对接,为老年人选择适合的养老方式提供信息并进行对接服务,保障养老服务的持续性,同时可以预防资源错配。建立合理有序的服务转介机制,需要明确转介服务的标准,即要明确养老转介服务供给的参与主体,对转介服务机构的资质、服务能力、专业技术及服务人员的知识及能力要求制定专业化标准。在机制建立的基础上,成立转介一站式服务机构(王乐芝等,2014)。这样无论老年人失能程度如何转变,都可以对老年人对养老资源的利用程度合理控制,避免出现床位周转率低、床位紧张、过度医疗等问题。

### **3. 资源共享机制**

信息对称是实现多元治理主体之间有效沟通、平等协商的重要基础,实现媒体资源的共享要具备以下几方面。一是健康服务人力资源的共享。通过健康服务人员在智慧养老信息平台的注册和统一调配,让失能失智老年人有平等享受专业服务人员照顾的机会。二是医疗资源的共享。失能失智老年人在条件允许的情况下,可以借助便携式健康监测设备,可以向平台注册的任一医护人员寻求救治并进行健康登记,不会被区别对待。三是数据的共享。养老参与主体的数据在统一智慧养老平台上要实现共享,以大数据的方式帮助各主体快速、科学决策。

### **4. 服务激励机制**

一方面,激励多元主体的参与。通过政府购买、合同外包、降税贴息等各种形式,吸引和鼓励社会多方主体参与到健康服务体系建设中,形成激励机制,丰富养老服务资源。另一方面,激励需方的服务利用率。推动跨部门、跨机构的整合型服务的多元支付方式的改革(谢春艳等,2015),激励医疗机构主动引导患者接受双向转诊服务,持续推进基层首诊制的顺利实施,形成系统、连续、有序的服务模式。



主管单位：上海市卫生健康委员会  
主办单位：上海市卫生健康发展研究中心（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：上海市肇嘉浜路789号11楼D座  
邮政编码：200032  
电 话：021-33262061  
E - m a i l： [phpr@shdrc.org](mailto:phpr@shdrc.org)  
发送对象：上海市卫生健康系统各单位  
印刷数量：300本  
印刷单位：上海欧阳印刷厂有限公司