



发展方向

人类发展

# 中国养老服务的政策选择： 建设高效可持续的 中国养老服务体系

葛蔼灵 冯占联



世界银行集团



中国财经出版传媒集团  
中国财政经济出版社

发展趋势

人类发展

# 中国养老服务的政策选择： 建设高效可持续的 中国养老服务体系

葛蔼灵 冯占联



世界银行集团



中国财经出版传媒集团  
中国财政经济出版社

## ***Building an Efficient and Sustainable Aged Care System in China***

Copyright © 2018 by International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank

This work was originally published by The World Bank in English as *Building an Efficient and Sustainable Aged Care System in China* in 2018. In case of any discrepancies, the original language will govern.

The findings, interpretations, and conclusions expressed in this work do not necessarily reflect the views of The World Bank, its Board of Executive Directors, or the governments they represent.

The World Bank does not guarantee the accuracy of the data included in this work. The boundaries, colors, denominations, and other information shown on any map in this work do not imply any judgment on the part of The World Bank concerning the legal status of any territory or the endorsement or acceptance of such boundaries.

©2018年，版权所有

国际复兴开发银行/世界银行

本书原版由世界银行于2018年以英文出版，书名为《Building an Efficient and Sustainable Aged Care System in China》。中文版与英文版在内容上如有任何差异，以英文版为准。

本书所阐述的任何研究成果、诠释和结论未必反映世界银行、其执行董事会及其所代表的政府的观点。

世界银行不保证本书所包含的数据的准确性。本书所附地图的疆界、颜色名称及其他信息，并不表示世界银行对任何领土的法律地位的判断，也不意味着为这些疆界的认可或接受。

### **图书在版编目 ( CIP ) 数据**

中国养老服务的政策选择：建设高效可持续的中国养老服务体系 / 葛蔼灵等著。  
—北京：中国财政经济出版社，2018.12

ISBN 978-7-5095-8765-2

I. ①中… II. ①葛… III. ①养老-福利政策-研究-中国 IV. ①D669.6

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第301950号

审校：张 绘 赵聪睿 岑可佳 责任印制：史大鹏  
责任编辑：吴 敏 责任校对：张 凡

中国财政经济出版社 出版

URL: <http://www.cfeph.cn>

E-mail: [cfeph@cfemg.cn](mailto:cfeph@cfemg.cn)

(版权所有 翻印必究)

社址：北京市海淀区阜成路甲28号 邮政编码：100142

营销中心电话：010-88191537

北京财经印刷厂印装 各地新华书店经销

787×1092毫米 16开 17.5印张 300 000字

2019年1月第1版 2019年1月北京第1次印刷

定价：75.00元

ISBN 978-7-5095-8765-2

(图书出现印装问题，本社负责调换)

本社质量投诉电话：010-88190744

打击盗版举报热线：010-88191661 QQ: 2242791300

# 前言

在很多中高收入国家，老年人在总人口中所占的比例不断增加，对增长和发展提出了新的挑战。在大多数国家，虽然生育率下降和平均寿命不断增加的程度和速度各不相同，但都意味着年轻人的比例不断下降，老年人的比例不断上升。人口的老龄化对经济产生了重大影响，引起人们关注不断增加的卫生保健费用、养老金制度的可持续性以及养老服务的可获得性。

中国正在以前所未有的速度转向“老龄化”社会。到2027年，在短短的25年内，中国将从一个“老龄化”社会转变为一个“老龄”社会（65岁及以上老年人口所占比例从7%上升到14%）。相比之下，法国经历这种转变用了115年，英国用了45年，美国用了69年。在未来的几十年，中国老龄化的进程会进一步加速，从2015年到2040年老年人口的增长将特别显著。到2050年，中国65岁及以上老年人口的比例将会达到26%，80岁及以上的老年人口占比将达到8%。

如此快速的老龄化给中国目前的非正式和正式的养老安排带来了压力。传统上，家庭是养老的主力，但是，家庭结构的变化、经济的发展以及迁移都在侵蚀老年人容易得到的非正式照料。政府意识到需要加强正式养老供应服务，扩大服务的可及性。但在建设高效、可持续的养老服务体系时，中国政府面临着无数的挑战，包括实现自己的新角色，即作为正规养老服务的“管理者”（而不是直接的服务提供者）。

本报告应中国国家发展和改革委员会（简称“发改委”）的要求撰写，以支持中国政府应对上述挑战。其目标是帮助政府从“十三五”规划制定的宏观战略方向以及其他政府规划走向具体的连贯的政策框架。特别需要指出的是，本报告描述了目前中国养老的现状和挑战，着眼于养老服务的供需两个方面；回顾梳理了养老服务供应方面的国际经验，评估了这些经验与中国的相关性；根据已有证据和最佳实践提出了政策选择。

本报告的主要观点如下：中国应该建立平衡的家庭、社区和机构养老服务体系，以反映老年人的喜好，最大限度地满足老年人的需求。政府需要不断支持养老服务，把目标锁定在那些贫穷脆弱的功能受限的老年人身上，而最有效且可持续的办法是利用公共和民营部门的资源和补充力量，建立完善的覆盖不同收入群体和城乡地区的养老服务市场。在此，本报告强调三个重要的优先领域：

- 建立政府的管理能力，与民营部门养老服务提供者建立联系；

- 对养老服务使用者进行补贴，而不是床位和服务提供者；
- 建立系统的、可持续的长期照护融资体系。

经济合作与发展组织（简称“经合组织”）国家以及东亚地区其他发达国家的养老服务体系在上述三个领域提供了良好范例。但是，中国政策制定者最终要建立最适合中国文化、社会经济、政治和卫生保健环境的体系。

希望本报告能够就中国养老服务体系的建设促进更深入的、资讯更为充分的政策对话，帮助政府把养老服务战略转化为更具体的改革，为中国老年人提供有效、公平以及可持续的养老服务。

世界银行中国、蒙古和韩国局局长郝福满（Bert Hofman）  
世界银行社会保护、劳动和就业全球实践局高级局长Michal Rutkowski  
2017年

# 致谢

本报告由葛蔼灵（世界银行）和冯占联（美国 RTI International）统筹整合，研究团队由来自世界各地养老领域的研究人员和实践者组成。本报告由综述和十章内容构成，是应中国国家发展与改革委员会（NDRC）的要求而撰写的。郝福满（世界银行）和 Jehan Arulpragasam（世界银行）以及 Philip O'Keefe（世界银行）为研究报告提供了总体指导。

本研究报告的综述部分由葛蔼灵（世界银行）和冯占联（美国 RTI International）撰写。10个章节由以下人员撰写（按字母顺序）：Jan M. Bauer（哥本哈根商学院）、陈欣欣（北京大学）、Lizzy Feiler（顾问）、冯占联（美国 RTI International）、John Giles（世界银行）、葛蔼灵（世界银行）、胡雨青（世界银行）、李清华（美国 RTI International）、Yvonne Li（国际中华老龄产业协会）、刘畅（ACCESS Health International/杜克—新加坡国立大学医学院）、杜鹏（中国人民大学）、贡森（国务院发展研究中心）、宋锦（中国社会科学院）、Charlie Wang（国际中华老龄产业协会）、王德文（世界银行）、Joshua M. Wiener（美国 RTI International）、Heather Wong（国际中华老龄产业协会）、张佳慧（国务院发展研究中心）、张硕（世界银行）、赵耀辉（北京大学）、郑楠（美国 RTI International）。Lizzy Feiler（顾问）、宋锦（中国社会科学院）、刘锐（世界银行）以及黄旻（世界银行）为本研究报告的综述部分及其他章节的撰写提供了宝贵的信息资源。

衷心感谢审稿专家 Philip O'Keefe（世界银行）、Marzena Breza（欧盟）、Jiadi Yu（国际金融公司）、Victoria Levin（世界银行）、Ana Maria Boudet（世界银行）和孙长青（世界银行）以及董晓媛（加拿大温尼伯格大学）。在此还要感谢 Aleksandra Posarac、Veronica Silva Villalobos、Aparnaa Somanathan、Josefina Posadas、黄旻、Lansong Zhang、Erkin Mamadaliev 等所有世界银行的工作人员，感谢他们在报告的准备和审稿过程中所提出的宝贵意见和反馈信息。

感谢康天秀、彭宣、苏涛和李安琪为本报告提供的卓越的行政支持。



# 目录

缩略语	xii
术语	xiii
综述	1
引言	1
0.1 中国养老服务的现状以及面临的挑战	5
0.2 对未来中国养老服务的意义	31
参考文献	58
第1章 人口老龄化和长期照护服务需求	63
1.1 引言	63
1.2 人口结构变化趋势	64
1.3 老龄人口的残疾模式	65
1.4 非正式服务提供模式	70
1.5 发展和人口统计数据变化	73
1.6 制定养老服务政策的意义	77
参考文献	79
第2章 政策框架、战略与制度安排	81
2.1 引言	81
2.2 政策框架和制度安排	83
2.3 挑战和建议	95
参考文献	100
第3章 建设一个多元且平衡的长期照护服务体系	103
3.1 引言	103



3.2 长期照护服务供给的国际经验	104
3.3 当前中国长期照护服务的形势	111
3.4 展望未来：中国养老持续发展的问题	118
参考文献	119
<b>第4章 民营部门在中国养老服务产业中的作用</b>	<b>125</b>
4.1 引言	125
4.2 社区和居家养老服务	126
4.3 机构养老服务行业	140
4.4 结论	152
参考文献	153
<b>第5章 长期照护服务融资：关键问题、设计方案以及对中国的启示</b>	<b>155</b>
5.1 引言	155
5.2 背景及融资的重要性	155
5.3 融资设计选择	157
5.4 中国目前的长期照护服务融资	164
5.5 对中国的启示	167
参考文献	169
<b>第6章 委托人—服务提供者关系：国际经验与对中国政策的启示</b>	<b>175</b>
6.1 引言：为何将委托人和服务提供者的角色分开	175
6.2 长期照护行业的发展	177
6.3 委托人—服务提供者关系的关键元素	179
6.4 对中国的启示	190
参考文献	194
<b>第7章 加强长期照护服务的监管、标准和质量保证</b>	<b>197</b>
7.1 引言	197
7.2 长期照护服务质量保证系统：国际概况	198
7.3 确保护理质量和生活质量：国际经验	199
7.4 中国质量保证方面的最新发展	206
7.5 中国养老服务质量保证的未来：前景与挑战	208
参考文献	210

第8章	长期照护服务及其与医疗卫生服务之间的协调	215
	8.1 什么是养老服务协调——一体化护理服务系统的特点	215
	8.2 老年人口的养老服务协调	216
	8.3 养老服务一体化进程与国际经验	218
	8.4 中国医疗卫生服务与长期养老服务系统的协调	225
	8.5 对中国未来的启示	230
	参考文献	231
第9章	长期照护服务劳动力短缺问题	233
	9.1 引言	233
	9.2 中国目前长期照护服务劳动力现状和挑战	234
	9.3 医疗卫生人员短缺和挑战	236
	9.4 缺少合格的社会工作者	239
	9.5 非正式家庭照料人员面临的挑战	239
	9.6 最近的政策及改革举措	240
	9.7 建议	241
	参考文献	243
第10章	学习借鉴和政策制定：国际经验以及对中国的启示	245
	10.1 引言	245
	10.2 中国政府的老龄工作和老龄政策研究机构体系	246
	10.3 政策框架和国际经验	248
	10.4 政策创新和现代治理方法	258
	10.5 对中国的启示	260
	参考文献	263
	图	
	图0.1 中国45岁以上人口患有日常生活活动失能和工具性日常生活活动失能的情况预测	7
	图0.2 中国主要的养老服务政策	12
	图0.3 全国及各级政府有关养老服务的机构设置	16
	图0.4 2010—2015年彩票销售额	17
	图0.5 2010—2014年中国养老机构的数量	21

图 0.6	2010—2014 年中国养老机构的床位数量	21
图 0.7	养老服务治理和供应体系的理念框架	32
图 0.8	养老服务业的服务供给三方关系：准市场	45
图 0.9	政府委托战略的不同阶段	46
图 1.1	中国按年龄段和性别划分的日常生活活动失能和工具性日常生活活动失能人群的情况	66
图 1.2	2011—2013 年“中国健康与养老追踪调查”的受访对象的工具性日常生活活动失能增加的比例	67
图 1.3	45 岁以上男性与女性日常生活活动失能和工具性日常生活活动失能情况预测	68
图 1.4	对中国 45 岁以上人口患有日常生活活动失能和工具性日常生活失能的情况预测，按照性别以及城市、农村地区划分	70
图 1.5	2013 年日常生活活动失能人口中获得照料的人口的比例	72
图 1.6	2013 年工具性日常生活活动失能人口中需要帮助的人口的比例	73
图 2.1	地方政策设计和实施的利益相关者	94
图 2.2	总床位数以及接受养老服务的老年人数量的发展趋势	96
图 2.3	2009—2013 年养老机构床位利用率	97
图 3.1	2000—2013 年所选经合组织国家 65 岁及以上老年人在家接受长期照护服务的比例	107
图 3.2	1995—2012 年美国长期照护服务的医疗补助计划总支出比例：机构养老服务与居家和社区养老服务	108
图 4.1	中国的机构养老服务类型	141
图 5.1	2010—2014 年彩票销售额	165
图 6.1	基于 Gash 等（2013）的委托结构	191
图 8.1	六个一体化进程之间的相互作用	219
图 9.1	2003—2013 年中国城乡地区每千人拥有的卫生专业人员数量	236
图 9.2	2003—2013 年中国每千人拥有的卫生专业人员数量	237
图 9.3	2009 年（或最近年份）的护士与医生之比	238
图 10.1	全国老龄工作委员会办公室及其成员单位	247
图 10.2	基于 CQC（2015a）的质量评估信息来源	255

## 表

表 0.1	为年老的父母及配偶父母提供照料的可能性和花费的时间	9
表 0.2	2009—2013 年中国养老服务业床位数量（万张床位）	22
表 0.3	养老服务机构的公私合作类型	25

表0.4	设计养老服务融资模式需考虑的因素	36
表0.5	养老服务融资方式的优缺点	39
表1.1	照顾年老的父母及配偶父母的发生率和花费的时间	71
表2.1	改革时代中国养老体系的政策演变	84
表2.2	2009—2013年床位总数的趋势及构成(万张床位)	96
附录2A	第十二个五年规划期间的养老服务体系发展政策	98
表3.1	中国养老机构和床位的数量	112
表4.1	民营部门的养老服务组织类型	126
表4.2	政府购买的社区养老服务类型	129
表4.3	所选国家/区域的居家养老服务范围和评估	136
表4.4	2009年养老服务机构的资金来源	141
表4.5	机构养老服务:中国与所选国家/地区	142
表4.6	机构养老服务项目中国内外公司合作情况	144
表4.7	中国养老保险体系的三大支柱	149
表4.8	公立机构和营利性民营养老服务机构的差异	150
表4.9	机构养老服务设施的PPP模式类型	152
表8.1	医疗保险制度和医疗补助计划“一体化”干预措施(美国)	220
表8.2	退伍军人健康管理局(美国)	221
表8.3	托贝保健信托(英国)	222
表8.4	个人养老计划(挪威)	222
表8.5	养老服务链(瑞典)	223
表8.6	家庭市场(芬兰)	223
表8.7	区域医疗卫生体系和一体化养老服务机构(新加坡)	224
表10.1	机构养老的指标类别概述	254
表10.2	指标示例	254
表10.3	调整后的ASCOT所涵盖领域及其定义	256
表10.4	韩国长期照护医院的评估结果示例	257

## 缩略语

ADL	日常生活活动能力
CCRC	持续照料退休社区
CHARLS	中国健康与养老追踪调查
DOCA	(中国各省的)民政部门
DRC	国务院发展研究中心
EDR	老年赡养率
EU	欧盟
GDP	国内生产总值
IADL	工具性日常生活活动能力
ICAIA	国际中华老龄产业协会
ICT	信息与通信技术
LTC	长期照护服务
MOF	中华人民共和国财政部
MOCA	中华人民共和国民政部
NCA	全国老龄工作委员会
NCD	非传染性疾病
NDRC	国家发展和改革委员会
NGO	非政府组织
NPO	非营利组织
NRCMS	新型农村合作医疗制度
NRPS	新型农村社会养老保险制度
OECD	经济合作与发展组织
PCIC	以人为本的一体化服务模式
PWLF	福利彩票公益金
RMB	人民币
URPS	城镇居民养老保险制度

# 术语

委托 ( Commissioning )	使政策目标转化为社会服务的各项相关任务。有效委托是社会服务体系良好运转的基础。委托机构必须深入细致地了解情况，慎重地为既定人群或客户群体选择最佳服务模式。需考虑以下因素：目标、需求、成本效益、拨款、定价、风险管理、质量、资格、绩效评估、信息流、服务供应市场的可持续性以及其他类型服务的相互作用（ New Zealand Productivity Commission, 2015 ）。
可竞争性 ( Contestability )	无论是公办服务提供者还是民营服务提供者，如果服务一直不符合要求，则会被其他服务提供者取代（ New Zealand Productivity Commission, 2015 ）。
有效需求 ( Effective demand )	有效需求指消费者愿意购买，并且有能力购买的需求（ Hu et al., 2010 ）。
非正式照护 ( Informal care )	家庭成员、朋友或志愿者提供的照料，通常是无偿的（ Genet et al., 2012 ）。
长期照护服务 ( Long-term care, LTC )	<p>长期照护服务是指为在生理和认知方面不能自理者提供的各项服务。生理机能和认知机能通常通过是否具有日常生活活动能力和工具性日常生活活动能力来进行衡量（ Norton, 2000 ）。</p> <p>人们可能会由于残疾、慢性疾病、外伤或疾病等原因而不能独立生活，需要长期照护服务。长期照护服务既包括家庭或社区中以家庭为基础的服务，也包括机构式服务。该服务与医疗卫生服务的区别相当大，医疗卫生服务寻求改变健康状况（从身体状况不佳到健康），而长期照护服务寻求能够更好地安排目前的生活（身体状况不佳）。</p>

长期照护服务开支 (Long-term care expenditures)	根据医疗卫生费用核算体系 (SHA) 2012年医疗卫生费用联合调查表中的定义, 长期照护服务开支包含长期 (医疗卫生) 照护以及与长期照护相关的社会服务。医疗卫生方面的花费主要是为由于慢性疾病或生活不能自理而需要长期帮助的病人提供医疗和护理服务。长期 (医疗卫生) 照护包括: (1) 姑息治疗; (2) 长期照料; (3) 个人照料服务 (为日常生活活动受限者提供帮助); (4) 支持非正式 (家庭) 服务项目。与长期照护相关的社会服务包括: (1) 居家服务 (为工具性日常生活活动受限者提供服务); (2) 入院 (照护) 服务; (3) 其他与长期照护相关的社会服务。
社会服务市场 (Market for social services)	市场是买卖双方自愿进行交易的场所。社会服务市场涉及提供社会服务并获得报酬。付款方可以是政府机构或其他组织 (如慈善信托机构)。在某些情况下, 顾客支付全部或部分服务费用。社会服务的供给和购买符合市场的经济学定义, 但又具有复杂性和独特性, 不同于简单市场 (New Zealand Productivity Commission, 2015)。
需求评估 (Needs assessment)	根据详细规定, 对个人在生理和经济方面是否具有独立生活能力进行系统调查 (Genet et al., 2012)。
非营利组织 (NPO)	非营利组织
护理 (Nursing care)	由护士提供的技术性、支持性或康复性服务 (见康复性护理、支持性护理、技术性护理) (Genet et al., 2012)。
自费支出 (Out-of-pocket payment)	自费支出是指个人在看病过程中自己承担的全部费用, 包括医疗费用和非医疗费用 (如交通、居家照护等), 见 <a href="http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1008">http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1008</a> 。在长期照护服务领域, 自费支出是指个人须直接付给服务提供者的那部分费用, 不涉及第三方。
姑息治疗 (Palliative care)	姑息治疗是针对不治之症的一种治疗方法, 其目的是为病人和家属赢得更好的生活质量 (世界卫生组织定义)。
购买 (Purchasing)	购买流程包括确定并选择非政府服务提供者, 就供应条款达成一致, 签订合同等环节。具体包括: 征集提供社会服务的意向书、评估潜在服务提供者的申请书、完成尽职审查、商谈合同条款、授予合同等。

个人照护服务 ( Personal care services )	帮助老人或病人穿衣、喂食、洗漱、如厕及上下床 ( 也称为PADL ) ( Genet et al., 2012 )。
临时看护 ( Respite care )	短期照护服务 ( 如为病人提供日常生活活动方面的帮助 ), 以减轻非正式服务人员的负担, 使其也能得到休息 ( Genet et al., 2012 )。也称为喘息服务。
“三无”老人 ( ‘San wu’ senior citizens )	“三无”老人是指无劳动能力、无生活来源、无法定赡养人的居民 ( 国务院新闻办公室, 2006 )。以前, “三无”是指“无子女、无收入、无亲属”。虽然对“三无”的界定有了变化, 但其基本含义一直未变。
监管职责 ( Stewardship )	对资源的监控、规划及管理等各个方面的总体监管责任, 以维护并提高系统效能。包括监控系统效能、找出阻碍发展的障碍、抓住发展机遇、促进有助于发展的广泛商谈 ( New Zealand Productivity Commission, 2015 )。
五保户 ( Wubao senior citizens )	农村地区的“三无”老人享受当地政府的五保待遇, 包括保吃、保穿、保医、保住、保葬。





# 综述

葛蔼灵 冯占联<sup>1</sup>

## 引言

中国老龄化的速度前所未有的。预期寿命的提高和持续了几十年的计划生育政策所带来的后果都导致了老年人口的急剧增加。根据联合国《世界人口展望》数据，从2010年到2030年，中国65岁及以上老年人口的比例将会翻番，到2050年将会超过总人口的四分之一。<sup>2</sup>人口老龄化不仅会给养老带来挑战，还会对经济以及社会的各个方面产生影响（World Bank，2016a）。

传统上，家庭成员遵循儒家的孝道观念，担负照顾年老体弱者的责任，但是这种做法越来越难以为继。特别是在城市里，新型的“4—2—1”家庭结构正在出现，包括四位祖父辈老人、两位父母（双方都没有兄弟姊妹）和一个独生子女。孩子被寄予重望，要承担照顾老人的主要责任。尽管中国在不久前（2015年末）结束了独生子女政策，允许所有夫妻生育二孩，但据预测这一政策变化对人口产生的影响非常有限，人口老龄化现象在未来几十年里将持续加剧。<sup>3</sup>而农村地区的养老面临着更为严峻的挑战，其人口老龄化速度比城市更快，而且大量农村青年人口为了就业迁移到城市，年老的父母大量留在农村。与城市地区相比，农村地区老年人口的收入保障、养老金、医疗卫生服务、社会支持与服务基础设施的水平普遍较低，这更加剧了农村地区的养老问题。因此，在中国出现了这样一种情况，即传统的孝道虽然在今天仍然影响深远，但

---

1 葛蔼灵（Elena Glinskaya），世界银行中国、蒙古和韩国局人类发展项目首席经济学家和项目主任。冯占联，美国 RTI International 高级研究员。

2 联合国：《世界人口展望》（2015年修订），<http://esa.un.org/unpd/wpp/>。

3 美国人口咨询局，2015，中国终止独生子女政策，<http://www.prb.org/Publications/Articles/2015/china-ends-onechild-policy.aspx>。

其本身无法满足中国急速增长的老年人口的需求。<sup>1</sup>

由于这种人口结构和社会经济发展趋势，养老需求和养老服务供应之间出现了巨大的缺口。民意调查显示，中国公民期待政府尽快弥补差距。例如，最近的一项研究表明，有60%的被调查者期待政府提供退休收入，80%以上的被调查者期待政府改善养老服务，投资养老服务和老年人康复机构（World Bank, 2016b）。

中国政府面临着一系列挑战，必须制定养老政策来改善“正式”养老服务（即那些需要付费购买的服务）的供应。由于“正式”养老服务很昂贵，因此仅仅依靠市场机制来应对私人需求，不足以促进养老市场发展，在“有效需求”（由服务需求方的实际支付能力所决定的需求水平）与“潜在需求”（即根据个体的残疾或失能程度决定的需求水平）之间存在差异，而后者通常会大于前者。如果没有政府的补贴，只有高收入人群才能负担得起由市场提供的养老服务。少数有资格领取福利的穷人可以享受公共资源，而有钱人有能力购买服务，若没有政府的干预，大多数处于中间的中等收入人群将无法得到他们所需要的服务，因而会依赖于“非正式”养老服务（由家庭成员、朋友或其他人自愿提供和无需付费的服务）。这一结果并不可取（也非中国政府所乐见的），因此，政府的职责之一是通过扩大对养老服务的补贴来增加消费人群的数量，引导市场健康发展，其中的关键是保证政府补贴制定和管理的高效性和公平性。

政府还需承担对养老服务市场的监管职责，因为在大多数国家养老服务的提供者主要是民营实体，政府机构很少直接提供服务（这也是中国新兴养老服务市场的发展趋势）。政府的监管职责（以及资金支持）包括确保所提供服务的质量和安全。养老服务市场的特殊性对政府发挥监管职能提出了更多的挑战。首先，与医疗卫生服务市场一样，养老服务提供者和消费者之间存在严重的信息不对称，不利于良性竞争及消费者选择服务。其次，如果政府不是服务的主要提供者或资助方（也不负责定价），那么它需要寻求方法来影响私营服务提供者的服务质量和定价（否则这些服务会受到非竞争性市场利润最大化的驱使）。最后，尽管商业保险有可能为养老服务提供资金，但商业养老保险在全世界范围内发展十分有限，其中一个主要原因是商业养老保险非常昂贵，超出了大多数民众的承受能力。即使可以负担得起，多数人都有“短视”倾向，年轻时总觉得自己年老后不会需要养老服务。此外，还有“道德风险”方面的隐患：如果养老保险是商业性的，可自愿购买，那么选择购买保险的很有可能会是那些知道自己具有高失能风险、需要养老服务的人，导致投保人都是高成本人群，使得保费增加。另外，由于养老服务通常包含人们普遍需要且希望得到的服务（如家务琐事、准备饭菜等），健康人群也会想要有资格享受这些服务。对于公共养老服务，政府需行使其“守门人”职责，保证服务达到最低质量标准，并覆盖最需要这些服务的人群。

政府意识到需要发展高效可持续的养老服务体系。为此，国务院办公厅颁发了

---

1 中国的传统认为成年子女应该赡养父母；同时，也认为年长者应该履行父母的职责，照料和教育孙辈（Chow, 2006; Yue, 2005）。

《中国老龄事业发展“十二五”规划》和《社会养老服务体系规划建设规划（2011—2015年）》。2017年3月，国务院发布了《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划》，进一步制定详细规划并最终确定2016—2020年的改革路线图。国家发改委帮助制定上述规划，同时也正在领导研究制定关于社会养老服务供给的政策措施。

本报告的目的是为落实第十二个五年规划和第十三个五年规划中阐述的养老服务理念和其他的政府计划，帮助政府应对上述挑战，探求适合中国国情并且能够逐步实施的政策框架。具体而言，本报告旨在描述和分析不断发展变化的中国老年服务业的最新态势；回顾梳理国际上在长期照护服务的提供、融资、质量保证等方面的经验，评估这些经验与中国现实状况的相关性；讨论中国养老服务目前的发展和未来的趋势对中国养老服务的影响；以现有证据和最佳实践为基础，提出不同的政策选项。

本报告应用简单的“需求和供给”框架进行组织。从需求的角度而言，导致老年服务需求的因素有社会人口特征（如人口年龄结构、家庭结构和变迁等），与健康状况相关的需求（如生理和认知方面的失能），以及收入和资产（这些决定了对“正式”或付费服务的有效需求）。从供给的角度而言，主要是养老服务的可获得性以及现有服务在家庭、社区和机构三者之间的分配组合。“非正式”服务（由家庭成员、朋友或其他人提供的免费、自愿服务）是大多数需要照顾的老年人获得服务的主要来源，其可获得性主要由需求因素驱动，但是也会受到“正式”服务供给的影响。政府养老政策会直接影响“正式”养老服务供给，也会在一定程度上影响对这类服务的需求。总而言之，所有这些因素决定了老年服务供应的范围、深度和质量。

研究报告的内容如下。综述部分概括了第1章到第10章以及基于其他资料来源的主要发展趋势和研究发现，包括两个部分：第一部分描述目前的状况（包括私人部门所起的作用），强调了养老服务面临的挑战；第二部分着重于为中国养老服务体系的发展提供政策选择。

第1章论述驱动养老服务需求的因素，如人口结构的变化、老年人健康状况发展趋势、社会价值观念的变化、由于社会经济快速转型和城市化以及越来越多的人口流动而逐渐减少的代际支持。虽然老年人可以获得的公共和私人资金来源（他们自己或者配偶的积蓄和收入、成年子女孝敬给老人的资金）是老年服务需求的基础，但这种需求还会受到政府关于养老金和医疗卫生保险改革政策的很大影响。由家庭成员提供的“非正式”照料的可获得性是影响对“正式”服务需求的主要因素，而前者在很大程度上依赖于家庭成员的生活安排和劳动力供给决策。

第2章简述中国目前的养老服务政策框架，包括现有的制度和监管框架。

第3章论述目前中国老年服务供给的最新状况，近年来旨在增加供给的政策措施，以及在一些省份和城市新兴的服务供给模式。强调了规划和发展满足消费者需求和偏好的最佳服务组合的重要性；这些服务应在对老年人限制最少的环境中予以提供，尊重并且最大限度地提升服务对象的独立、自主、尊严和生活质量。同时，本章对长期照护服务供给的国际经验进行了简要回顾和分析。这些国际经验提供了历史先例和经

验教训，可为中国的政策制定者借鉴以指导发展可行的养老服务体系。

第4章论述目前私人部门在中国的居家、社区和机构养老服务中所起的作用以及发展潜力。本章讨论增加私人部门参与服务供给体系政策举措和措施的制定。这一章还选择介绍了若干养老服务案例研究的结果，这些案例揭示了比较成功的或具有前景的国内外商业模式。

第5章回顾梳理发达国家现有的长期照护服务融资体系，聚焦于这些国家的政策制定者所面临的关键问题和可选设计，并讨论它们对中国可能产生的影响。本章随后介绍了目前中国的养老服务融资状况，其主要特点是由个人支付，对服务使用者（福利救济对象和其他符合补助条件的弱势老年人）以及服务提供者（以财政补贴的形式补贴建筑和运营成本）的公共支持都有限。本章强调建立一个系统的、可持续的融资机制的重要性，以使养老服务更广泛地提供给那些需要这些服务的人。

第6章借鉴欧洲国家的经验，讨论养老服务供给体系中的“委托者—提供者”关系。在“新型公共管理”框架的指导下，大多数欧洲国家已从公共部门直接提供长期照护服务转变为由私营部门以市场为基础提供养老服务。讨论了这些国际经验对中国的启示。中国的政策制定者已经意识到政府需要转变自己的职能，从养老服务的直接供应者和提供者转变为服务的购买者和监管者，从而越来越多地由私营部门来提供养老服务。

第7章讨论养老服务的管理监督和质量保证。首先回顾了长期照护服务质量保证的国际经验，为中国政策制定者制定有效的监管框架和质量保证体系提供有益的经验。然后，介绍了中国在全国范围以及一些省份和城市采取的养老服务质量保证举措。结尾强调该领域面临的关键政策挑战，提出未来的发展方向以及应对这些挑战的潜在策略。

第8章关注养老服务的协调和整合，包括长期照护服务系统内部以及长期照护服务系统和医疗/卫生部门的协调与整合，主要参考国际经验。即使在长期照护服务体系非常完善的国家，服务的分散化以及服务提供者之间缺乏协调也仍然是常见的问题。还讨论了目前中国在建设统一协调的养老服务体系的早期发展阶段所面临的主要挑战和限制因素。

第9章讨论老年护理人员问题和解决专业服务人员短缺的办法。首先简要回顾了经济合作与发展组织（简称经合组织）国家的老年护理人员问题以及和中国一样面临类似挑战的亚洲国家的情况，然后讨论中国在培养长期照护服务人员、卫生专业人员以及社会工作者中面临的挑战。本章结尾提出了加强中国长期照护服务人员培养需要优先考虑的领域，确保服务质量，满足中国不断增长的养老服务需求。

第10章探讨中国如何通过学习其他国家的政策以及总结自己的经验教训，制定更好的养老服务政策。基于欧洲国家的经验，本章介绍了旨在促进政策学习和交流的工具，可用以改善全国以及地方的政策制定。这些工具的必要组成部分包括信息基础设施以及有利于政策学习和交流的政府结构。本章结尾提出了一套针对中国具体情况

建议。

需要说明的是，本报告在概述中给出了基本术语表。“长期照护服务（LTC）”和“养老服务”这两个术语在本报告中可以互换。养老服务的定义就是为老年人提供的长期照护服务（LTC）。总体而言，长期照护涵盖一系列的服务，目的是为在身体或认知方面不能自理者提供支持。自理能力通常以日常生活活动能力（ADLs）以及工具性日常生活活动能力（IADLs）所遭遇的困难程度进行衡量（Norton, 2000）。个人可能因为各种原因，如身体孱弱、残疾、身体受伤、慢性疾病、精神问题等，不具备日常生活所需要的自我照顾的基本能力，因此需要长期照护服务。长期照护服务和医疗卫生服务有很大区别，因为医疗卫生服务寻求改变健康状况（从身体状况不佳到健康），而长期照护服务寻求能够更好地维持目前的状况（身体状况不佳），减缓身体功能的衰退，帮助老年人保持最佳的身体、精神以及社会心理状态。

## 0.1 中国养老服务的现状以及面临的挑战

### 0.1.1 养老服务需求

中国的长期养老服务需求主要由人口结构变化驱动，也受到一系列社会经济因素的影响。为了更好地理解中国当前和未来的长期养老服务需求，本节重点讨论影响长期养老服务需求的主要因素。与国际经验一致，除了人口结构变动趋势之外，主要的因素还包括老年人的健康状况和非正式服务的可获得性（Chawla et al., 2007）。反过来，非正式服务又和服务提供者的参与状况以及潜在的服务提供者（成年子女）的居住模式、迁移情况等有关。

#### 0.1.1.1 人口结构变动趋势和失能老年人的类型

中国是世界上人口结构转变最快的国家之一。2002年中国成为“正在老龄化”的社会。此后仅仅需要25年，即到2027年，65岁及以上老年人口占总人口的比例将从7%上升到14%，标志着中国将成为“老龄”社会。与此相比，法国经历这一转变用了115年，英国用了45年，美国用了69年。人口预期寿命的增长，以及总生育率降低到每位育龄妇女终身生育大约1.5个孩子，都导致了老年人口赡养比例（65岁以上的人口相对于每100名20—64岁人口的比例）的增加。联合国《世界人口展望》预测，在未来几十年这一比例还会继续以空前的速度增加。到2030年，预计25.3%的中国人口是60岁及以上的老年人，几乎和经合组织国家的预计水平一样（27.5%）。此外，中国80岁及以上（“最老的老年人”）的老年人口占总人口的比例将会快速增加，从2015年的1.6%增加到2060年的预计11%（第1章；World Bank, 2016b）。

中国不同地区人口老龄化的趋势存在显著差异。农村地区老龄化的速度比城市地区更快：1982年农村地区60岁及以上老人的比例是7.8%，城市地区是7.1%，到2005

年分别增长到13.7%和12.1%。农村和城市老年人口的不均衡主要是因为农村人口向城市的迁移，因为迁移人口通常比留在农村地区的人口要年轻（World Bank, 2010）。2005年，重庆、四川、上海（市区）的老年人口比例最高。重庆、四川、湖北和安徽等省市（城市地区）的老年人口比例增长最快，主要原因是年轻人和中年人从中西部地区迁移到东部沿海地区（NBS, 2006）。目前，东部沿海地区老年人口的数量和比例都比中西部地区要高。

对长期养老服务的需求很大程度上取决于患有身体功能和认知障碍的人群的大小，这一点中国和世界其他地区一样，而这些障碍和年龄密切相关。<sup>1</sup>根据《中国健康与养老追踪调查》（China Health and Retirement Longitudinal Study, CHARLS）中代表45岁及以上人口及其共同生活的伴侣的数据，65—69岁的妇女中有9%没有料理日常生活的能力，而80岁以上的妇女中这一比例上升到30%。男性也基本是类似的模式，但是在65岁以上的年龄组中男性日常生活不能自理的比例都低于妇女（见第1章）。<sup>2</sup>

对45岁以上人口未来40年的失能比例的预测表明，由于受到人口老龄化的影响，日常生活不能自理和工具性日常生活不能自理的老年人口比例将会继续增加。假设到2050年相差5岁的年龄段的人群中失能比例类似，根据目前日常生活不能自理和工具性日常生活不能自理的比例推算，图0.1展示了未来45岁以上人口中日常生活不能自理和工具性日常生活不能自理的比例。不能自理的女性数量的增加速度和比例都比较高：到2050年，预计15%的45岁以上女性将会有轻微的日常生活不能自理问题，男性的比例为8%。

数据表明，受过高中或者以上教育的老年男性和女性不能自理的比例比教育程度低的老年人低得多。目前处于30多岁和40多岁年龄段的人群受教育程度更高，他们在童年时期的营养更好，从事繁重的体力劳动较少，所有这些因素可能导致失能比例在将来有所降低。随着经济发展以及向服务型经济转型，人们在有生之年将会获得更好的营养，从事不太繁重的体力劳动的人口比例会增加。<sup>3</sup>

与此同时，从传染性疾病到慢性非传染性疾病（NCDs）的转变过程中发病率和死

1 老年人可分为健康和 unhealthy 两类。不健康老年人可能生病并且需要医疗护理，或者身体孱弱且需要长期照护服务。有些正在从疾病中恢复的老年人可能需要长期照护来帮助他们恢复健康。

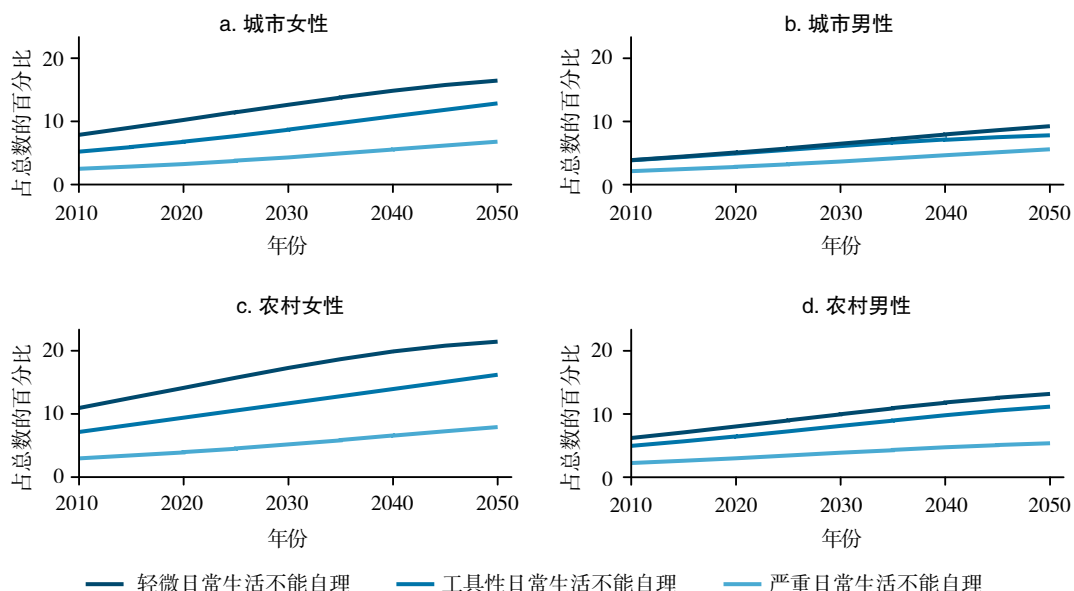
2 学术文献中常见的做法是，通过对日常生活活动能力以及工具性日常生活活动能力问题的自评报告来衡量功能和认知障碍。这些日常生活活动能力或工具性日常生活活动能力指标被用来区分老年人失能模式，与长期照护服务需求相呼应。对日常生活活动能力或工具性日常生活活动能力的评价基于一系列家庭调查问题。在中国，《中国健康与养老追踪调查》可以确定在生理上对日常生活不能自理的个人或者在认知功能方面对工具性日常生活不能自理的个人，以说明老年服务需求。该调查具体收集了在如下日常生活活动方面的能力表现：穿衣，包括把衣服从柜子里拿出来，穿上，系上扣子，束好皮带；沐浴或者淋浴；吃饭，包括切割食物；上床或者下床；使用洗手间，包括上厕所和下厕所。工具性日常生活活动能力包括：做家务；准备热食；购物；打电话；吃药。回答选择项包括：（1）不，我没有任何困难；（2）有困难，但是我还能做；（3）是，有困难，我需要帮助；（4）我没有能力完成那些活动。其他衡量老年人残疾的方法有直接自评报告（如：你有残疾吗？），也有狭义的或者广义的以诊断为基础的残疾定义。

3 有关生理功能与社会经济发展水平的关系的研究表明，这些因素可能会促进失能的减少，见 World Bank, 2016b。

亡率也发生了流行病学转变，这可能对失能产生相反的影响。在未来20年内步入70岁和80岁的人群在中年时可能比之前的人群面临更多与慢性病相关的风险，因此他们在老年时更容易遭受失能之苦。因为寿命延长，老年人在走向生命的尽头时患慢性病的比例会更高。特别是糖尿病和高血压的发病率不断增加，预示着对长期照护服务需求的增加。

对中国农村和城市居民日常生活和工具性日常生活失能情况的预测表明，中国农村人口失能比例较高，原因是人口老龄化速度较快（见图0.1）。到2050年，农村地区妇女的失能比例可能最高，预计将超过20%；而城市妇女预计有近15%将会失能，城市男性只有8%。这和最近Cai等（2012）对老年人赡养负担比率的预测类似，该研究强调农村地区老年人的赡养负担比率可能比城市高得多。如果目前的迁移和城市化模式继续维持下去，农村地区的贫困老年人可能面临更多的长期照护服务需求。

图0.1 中国45岁以上人口患有日常生活活动失能和工具性日常生活活动失能的情况预测  
根据性别以及城市、农村地区划分



资料来源：Giles et al. (2016a)使用2011年《中国健康与养老追踪调查》数据；联合国人口司，《世界人口展望》。

尽管实际的失能状况可能会有所不同，但这些预测彰显了未来的变化趋势和及早考虑长期养老服务安排的重要性。从实际发生的生育率和死亡率来看，人口和失能预测都面临相当大的不确定性。随着中国的继续发展和流行病学的转变，日常生活和工具性日常生活失能的发生率可能升高或者降低。<sup>1</sup>

在中国，心理健康方面的问题也明显增加。中国的心理健康问题正在增加是一个

1 世界银行（2016b）强调，联合国《世界人口展望》的长期预测与随后的更新之间存在不同。



普遍共识，但对其背后的驱动因素还没有很好的解释，因为心理健康问题仍然属于私密话题。世界卫生组织的《全球疾病负担研究》预计心理健康问题将会突出并持续增长，到2020年占中国所有疾病的17.4%。<sup>1</sup> 这种趋势归因于若干原因，包括家庭和传统的安全网络的弱化，越来越多的人卷入有风险的经济活动，以及日益增加的工作压力（Phillips et al., 1999）。

在中国，患有老年痴呆和阿尔茨海默氏病，伴随发生认知损伤、日常生活活动能力障碍和工具性日常生活活动能力障碍的人也很多（Li et al., 2014；国家应对人口老龄化战略研究总课题组，2014）。北京大学进行的“全国老年人口健康状况调查”项目表明，中国老年人口患痴呆病的比例正在上升（尹尚菁、杜鹏，2012）。2010年中国有600万以上老年痴呆病人，有研究表明到2040年这一数字估计会上升到2250万人（Cao, 2014）。

#### 0.1.1.2 非正式服务供给模式

在世界各地，大多数养老服务由非正式的照料者在家庭里提供（Colombo et al., 2011）。同样，在中国，家庭中照顾孱弱的老年人的工作主要由其配偶或者成年子女承担。根据《中国健康与养老追踪调查》的数据进行估计，在日常生活中需要照料的人中，3/4以上的人报告说他们的配偶、成年子女或者两者都是主要的照料人。不到1%的受访者雇用保姆为其提供养老服务。城市地区有八分之一、农村地区有七分之一的受访者报告称他们需要照顾，但却没有人照料（Giles et al., 2016a）。

从非正式养老照料提供者的性别来看，城市地区女性更可能提供养老照料。潜在的养老照料提供者的性别差异在45—49岁的年龄段最为突出，这一年龄段的女性比男性更有可能为父母或配偶的父母提供养老照料（比例分别是34%、28%），见表0.1。这种区别很明显，最大的原因可能是蓝领女性退休早，在45岁就退出工作。在农村地区，男性和女性提供养老照料的可能性大体相同。因为农村地区大多数共同生活的夫妻一起在自己的土地上工作或者自己经营，很容易共同照顾老年父母。<sup>2</sup>

从非正式服务对象的性别来看，男性主要受到配偶的照料，而女性因通常比配偶活得长而更有可能接受成年子女或者其他服务提供者的照料。2011年，七成身体孱弱的男性由其配偶照料，而身体孱弱的女性得到丈夫照料的仅五成。成年子女提供的帮助对女性而言更重要：2013年，分别有26%的女性和14%的男性接受成年子女的照料。当配偶已经过了赚钱的黄金年龄，让成年子女提供养老照料可能会导致其远离就业和其他活动。

1 [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/)

2 照顾老人的发生率没有照顾孙辈的发生率高。例如，Giles等（2016b）的研究成果附录中的表A1表明，城市女性照顾孙辈的整体比例比照顾老人的比例高两倍，这一差异在55—65岁之间的服务提供者中特别明显。此外，还存在一个更大和更明显的性别差异，因为女性照顾孙辈的意愿要强烈得多。

表 0.1 为年老的父母及配偶父母提供照料的可能性和花费的时间

年龄	提供养老照料的比例				每周照顾老人所花费的时间			
	城市		农村		城市		农村	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
总比例	0.14	0.17	0.12	0.12	16.6	17.9	19.4	17.8
45—49	0.28	0.34	0.25	0.26	15.1	17.0	20.4	20.4
50—54	0.27	0.29	0.22	0.21	13.3	17.5	16.0	14.5
55—59	0.18	0.20	0.14	0.14	15.1	16.5	12.6	16.6
60—64	0.10	0.07	0.08	0.06	26.5	20.9	32.2	20.0
65+	0.03	0.02	0.03	0.02	23.8	32.9	24.7	14.9

资料来源：Giles et al. (2015) 基于 2011 年《中国健康与养老追踪调查》数据。

注：根据无回应家庭，对抽样进行了加权调整处理。

非正式养老照料不能满足所有身体孱弱的老人的需求。需要帮助上厕所的需求是最没有得到满足的。在城市和农村，男性和女性上厕所需要帮助的需求都没有得到满足，这和年老以后与子女共同居住的比例下降一致：只有 50% 的需要帮助的城市女性和 56% 的需要帮助的城市男性报告称自己得到了帮助；在农村地区，相应的比例是 58% 和 52%。需要帮助上厕所的需求无法得到满足的发生频率很高，表明这些老年人缺少伴侣，依赖于不住在一起的子女和其他人的帮助，这可能不能充分满足老年人所有的需求。在其他各项日常生活活动能力上失能的老年人中大约有 80% 报告称自己得到了帮助（需要帮助洗澡沐浴的城市女性除外，其比例是 60%）。

与此同时，性别差异也非常显著，几乎 90% 的需要帮助料理家务的城市男性得到了帮助，而城市女性的相应比例只有 80%。和前述的模式类似，这突出了为比丈夫寿命长的女性所提供的服务不足，也显示出以社区为基础的养老服务机构在为老年人的基本活动提供帮助方面存在潜力。

### 0.1.1.3 共同居住模式、迁移和劳动力供给

长期以来，中国的老年人和其家庭成员共同居住，至少与一个成年子女同住，这种生活安排通常有利于互帮互助。在相对年轻时，健康的老人通常照顾孙辈，帮助料理家务。老人开始需要年轻人照顾，这一转变常常是逐渐形成的，在 80 岁以前通常不需要。轻微失能、不需要随时接受医疗服务的老人倾向于接受共同居住或者居住在附近的成年子女的照顾，随着养老需求逐渐增强，才慢慢转向更为正规的养老机构或者是拥有辅助生活设施的居住环境。

家庭结构的变化和经济的发展使共同居住的家庭成员的照顾越来越少。需特别指出的是两个重要的转变。第一，上年纪的父母在较为年轻时（45—60 岁）和成年子女共同居住的可能性增加，反映了从父母到成年子女的隐性支持转移，成年子女比过去的年轻人承受了更高的房价成本。第二，对于上年纪的父母（65 岁以上）来说，老人

和成年子女共同居住的比例下降了，在20世纪80年代早期这一比例接近三分之二，而到2011年则下降到大约五分之二。这种下降可能受到过去30年来不断增加的迁移的影响，也受到城市子女更加注重隐私，父母也有能力分开居住等因素的影响。<sup>1</sup> 这些模式表明，因为居住模式的变化，以家庭为基础的对失能老人的非正式养老服务正面临压力。日益增多的迁移和家庭规模的缩小都会减少成年子女和老年父母同住或者就近居住的可能性。因为没有共同居住或者就近居住，成年子女不太可能熟悉自己父母的健康状况和养老服务需求。其他调查的数据表明，现在很多老年人担忧自己会没人照顾。2010年中国城乡老年人口抽样调查表明，39.8%的老年人担忧在需要时没人照顾自己，其中23.6%的老年人“有些担忧”，16.2%的人“非常担忧”。对于那些计划迁移的人来说，为年老父母提供长期照护服务的需求可能会带来高昂的且不断增加的机会成本。之前的研究表明，老年父母患上严重疾病会影响子女去外地工作的决定。例如，Giles 和 Mu（2007）用未来两年父母死亡率来衡量当前所患疾病的严重程度，因为在近期内死亡表示目前身体非常虚弱。他们发现，近期死亡率和迁移有相当大的负相关联系。很多老年人在死亡之前可能有相当长时间处于失能状态，因此回迁以照顾父母可能仅仅发生在年老的父母已经身患重病很长时间之后。随着老年人很有可能活到80多岁，失能时间超过一年或者两年的情况会变得更加普遍。

对于那些需要兼顾工作和照料责任的人来说，也同样存在机会成本的问题。一份关于45—65岁成年人劳动力供应和提供照料二者之间关系的研究表明，照顾老人对农村男性和女性的劳动力供应以及城市和农村女性工作时间的减少都具有明显的负面效应（Giles et al., 2016b 和第1章）。这些发现与以往研究相一致，即提供照料对女性劳动力供应有负面影响（Ettner, 1995; Jacobs et al., 2014; Meng, 2011; Van Houtven, Coe and Skira, 2013; Liu et al., 2010）。而另一方面，Maurer-Fazio等（2011）还发现了与“附加劳动者效应”相一致的证据：家庭中有75岁以上的父母或者配偶父母与黄金年龄的女性参加工作的可能性之间存在关系。

照顾老人对城市女性参加工作的影响并不显著，原因可能是城市女性退休较早。实际上，中国城市地区的公务员和正规部门职工的法定退休时间比较早，根据性别和职业不同退休年龄各不相同。女性工人50岁退休，女性干部55岁退休，而男性则是60岁退休。尽管50岁和55岁都还是很年轻的年纪，但仍有可能更早退休。自从20世纪90年代末的经济调整以来，职工能够申请提前5年退休。<sup>2</sup> 《中国健康与养老追踪调查》的数据表明，到51岁时，近38%的城市女性在领取养老金，只有40%还在工作。男性也有提前退休情况，近20%的城市男性在57岁时已在领取养老金，劳动参与率从45岁时

---

1 这也和来自发展中国家的全球证据一致（Evans and Palacios, 2013），随着国家变得富裕，共同居住者的数量开始下降，各国富裕老年人共同居住的数量在下降（21世纪初的几年里，在所选取的61个发展中国家中，年龄超过60岁的最贫穷的五分之一老年人与他人共同居住的中位数超过83%，但是在最富有的五分之一老年人中，该比例下降到64%）。

2 在20世纪90年代末的经济调整过程中，实行提前退休最初是为了让一部分职工离开国有企业（Giles et al., 2006）。但是，这一做法却未随着调整期的结束而终止。

的80%降至65%（详见第1章）。期待女性承担养老义务可能是延迟女性退休年龄的一个严重障碍。然而，如果延迟退休年龄，45—65岁女性劳动力供给和其提供养老服务之间的关系很有可能会发生变化。此外，有身体虚弱的老年人的家庭会衡量非正式养老服务的成本，考虑雇人在家里服务的直接经济成本或者送老人去养老机构的成本以及迁移和工作的机会成本。能够拥有在市场上选择和购买养老服务的能力，不仅有利于被照料者，也有利于负责照料老人的家属。政府需要引导并促进正式服务体系的发展，为家庭提供有意义且负担得起的服务。在经合组织国家，提供长期照护服务的正规私立或者公立机构在人们的居住模式发生转变后随之出现，中国的长期照护服务体系也需要紧跟人口结构和共同居住模式改变的步伐。

## 0.1.2 发展正式养老服务的政策框架和机构设置

中国政府已经认识到建立高效可持续的养老服务体系的必要性。养老服务行业的发展是复杂的公共政策中不可或缺的要害，影响着数百万中国民众的日常生活。养老服务政策与其他社会政策互相影响，包括社会救助、福利、儿童看护、医疗卫生、教育（包括大学课程发展、专业课程和职业培训）、住房以及劳动力市场等方面的政策。所有这些都影响养老服务从业人员的市场机会，也会对老年产品及服务等相关行业的发展产生影响。中国通过颁布一系列关于提供养老服务的政府指令、法律和规章制度，建立了养老服务政策框架，本节将阐述该政策框架中的关键要素。

### 0.1.2.1 中国的政策框架

和医疗保险以及养老金体系的发展相比，中国养老服务体系尚处于初级阶段。中国在医疗保险方面的发展速度在全球范围内前所未见：2003年城市人口覆盖率只有55%，农村人口覆盖率只有21%，到2011年分别上升到了89%和97.5%。政府对医疗保险的补贴大幅提高，减少了自费（out-of-pocket）支出（自费是导致贫穷的主要因素），保险涵盖的服务和支持力度也逐渐扩大。新型农村合作医疗（简称新农合）适用于农村人口，现已经发展得更为全面，覆盖了部分慢性疾病（如某些类型的癌症、糖尿病）以及更多的门诊服务。

养老金覆盖率也以前所未有的速度增长。2009年9月，中国制定了新型农村社会养老保险制度（简称新农保），2011年7月制定了城镇居民社会养老保险制度。二者都得以迅速实施，到2012年10月底，城市职工养老保险计划已经有2.29亿参保人，覆盖率为65.4%，城乡居民社会养老保险计划共有3.25亿参保人，覆盖率为76.7%。

政府已经计划进一步改革医疗保险和养老保险。医疗保险改革预期将扩大到覆盖老年人常患的慢性病。根据政府整合城市和农村居民保险计划的决定，未来的医疗保险和养老保险改革将统一覆盖农村和城市居民。虽然财政保障薄弱，目前扩大覆盖面仍被列入优先范围。此外，养老金和医疗卫生体系面临的挑战是平衡覆盖率、充足性和可持续性。然而，随着全民覆盖的医疗保险和正向全民覆盖方向迈进的养老金体系

的逐步发展，中国已经取得了巨大的进步。

同时，中国政府承认需要发展可持续的创新型养老服务体系。为了面对养老服务的严峻挑战，政府采取了一系列养老服务战略措施和政策（见第2章）。图0.2总结了过去20年颁布的里程碑式的法律、法规等国家重要政策。推动实施这些政策的省级行动计划也会在下文进行讨论。

图0.2 中国主要的养老服务政策



资料来源：作者根据政府文件整理。详细内容请见第2章。

早期的法律法规的重点是保护老年人权益以及促进养老产业发展，过去十年间国务院颁布了三个里程碑式的文件，分别：《中国老龄事业发展“十二五”规划》（2011），《社会养老服务体系建设规划（2011—2015年）》，《关于加快发展养老服务业的若干意见》（2013）。此外，还有更多普通法律或者政策文件，如《关于促进健康服务业发展的若干意见》。2014年，商务部和民政部颁布了第81号公告《关于外商投资设

立营利性养老机构有关事项的公告》。

2011年颁布的三个里程碑式文件中的一个《中国老龄事业发展“十二五”规划》中设想的养老服务体系包括三个层级：以居家养老为基础，社区养老为依托，机构养老为支撑。特别是，当时提出了90—7—3结构目标——也就是说，90%的老人接受居家养老服务，7%的老人接受社区养老服务，3%的老人接受机构养老服务。这意味着家庭对养老服务负主要责任，社区养老服务提供支持，其优势是在地理位置上接近老人，而机构养老服务能够填补空缺，满足老人特别护理的需求。

《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划》明确指出，民营服务供应和自费支付服务将在未来的养老服务体系中发挥重要作用，而政府将继续为特定的弱势群体提供基金和服务。它还提出，政府将投入越来越多的公共资源——超过50%的“福利公益金”——支持老年人护理服务，并将继续制定政策以刺激民营服务供应市场。此外，它还指出要加强对老年护理市场的管理，并探索建立长期护理保险制度(社会保险和商业保险)；鼓励对医疗服务和社会服务进行整合；呼吁加强劳动力培训，以提供老年护理服务，包括在高等教育机构和商学院。“十三五”规划确定的具体监测目标包括发展民营服务供应，增加护理，加强医院的老年病科建设，确保“福利公益金”拨款，扩大社会基层老年人的参与。

《社会养老服务体系规划建设规划(2011—2015年)》以此为前提，建立并且呼吁发展养老服务新机制，学习国际经验，探索并试验关于融资、服务提供和质量保证的创新方法。培养具有足够的技术和管理技能的养老服务人员也是促进养老服务行业发展的关键。

根据国务院《关于加快发展养老服务业的若干意见》(2013)，地方政府鼓励在农村和城市地区设立养老服务机构，简化繁琐的行政手续，如注册登记、颁发许可证、标准化以及信息披露。政策法规指导地方政府鼓励国内外投资者设立居家养老服务和大型养老服务机构。公共资助的服务机构重点为“弱势老年人”提供免费和低成本服务。所有公办社会福利院将逐步转变为由私人管理，而政府将会保留资产所有权，监管其服务质量。通过鼓励医疗机构为老年病人设立独立的病房，进行家访，医护人员为其进行健康体检，和养老服务机构签订医疗合同，提供健康咨询，鼓励远程健康服务等措施来整合医疗服务和养老服务机构。

《关于加快发展养老服务业的若干意见》(2013)制定的目标是，到2015年每个地级市至少有一个专业化的养老机构，每千名老年人拥有30张床位。<sup>1</sup>该文件呼吁采取措施促进私人长期护理保险和意外伤害保险的发展，特别是为老年人设计的保险。该文件还提出了数个补充措施，如无障碍住宅、身体健康检查和社区参与(如鼓励义务劳动照顾老人、保障老年人权益，正如“银龄行动”或者“金色阳光行动”

1 根据国家发展与改革委员会的统计数据，后一个目标已经实现：到2015年，每千名60岁及以上老人拥有30.3张养老服务机构床位，比2010年增加了70% (<http://www.shanghaidaily.com/national/Chinas-nursing-home-beds-rise-to-67-mln-in-2015/shdaily.shtml>)。

所提倡的那样)。

为落实这些里程碑式的文件，许多省份已经颁布了相应的行动计划，促进养老服务发展。例如，专栏0.1提供了安徽省的行动计划的信息。该计划制定了短期目标（到2020年年底），即实施“功能齐全的养老服务体系，布局合理，规模适中，覆盖城乡地区，完全切合当地需求”，还制定了数量目标，即“每千名65岁及以上老人拥有45张养老服务机构床位；城市地区全面覆盖社区居家养老服务机构，镇（90%）和农村（80%）地区基本覆盖社区养老服务机构”。这一行动计划呼吁地方政府对公办和民营服务机构进行管理，主要包括增加服务供给数量，扩大服务范围；养老服务的融资和购买；培育服务供应者市场，鼓励私营部门参与服务提供；加强管理、制定标准、提高监督和评估水平；促进服务整合和协调。

---

### 专栏 0.1 安徽省政府促进养老服务行动计划

**服务种类和目标人群。**社区养老服务应该是养老服务的重点，社区养老服务的进一步发展应该被列为优先目标。每个新建居民区都应该在附近分配合适的养老服务空间。应该鼓励服务提供者（包括风险投资和小型公司）参与居家养老服务，在附近区域提供养老服务。应该增加公办养老服务机构，主要为失能、失智的老年人提供服务。公共资源应该分配给为穷人和重度残疾老年人提供服务的社会福利院和护理机构。

**地方层级的合作。**养老服务体系应该符合当地需求，利用老年协会的潜在资源来服务邻里和当地社区。在农村，结合美好乡村和新型城镇化建设，在修编完善县域村庄布点和村镇建设规划时，凡人口聚集地、中心村必须规划建设养老服务设施。支持行政村、较大自然村建设互助性养老服务设施。就像在城市地区，养老服务机构应该是需要特别护理者的最后手段。

**服务融资和购买。**各级福利彩票公益金的50%以上要用于支持发展养老服务业。各级政府（地市级和县级）应该共同负担养老服务机构经费。加快推进政府购买养老服务。制定购买服务目录和实施办法，创新资金投入方式，提高资金使用效益。改革公办养老机构管理和运营体制，公办养老机构可以利用闲置床位向社会开展养老服务，但不得改变公益性质，服务收入用于发展养老服务。此外，抓紧制定运用社会力量运营公办养老机构管理办法，积极推进公建民营、委托管理。在确保国有资产不流失的前提下，允许公办养老机构以设施设备等作价入股，与社会力量共同建设和运营养老机构。鼓励民间资本参与公办养老机构改组改制，发展民间资本参股或控股的混合所有制养老机构。探索以县区为单位的公办养老机构资产统一管理和运营模式。有条件的地方应积极稳妥地把专门面向社会提供经营性服务的公办养老机构转制为企业。

对各级公办保障性养老机构，根据财政分级负担的原则，按其供养对象的多少确定其集中供养经费和机构建设经费，具体标准由市县自行制定。对民办养老机构，给予一次性建设补助、日常运营补贴、贷款贴息补助和政府购买服务补助，其中运营补贴由市、县按照不低于每人每月200元的标准确定。对于承接政府购买养老服务的养老机构和企业、社会组织，按其承接的服务内容和服务标准，给予相应的购买养老服务补助。为失能失智老年人服务的，按照其失能失智程度（轻度、中度、重度），运营补贴和政府购买服务补助的标准可分别上浮50%、100%、200%以上。

**培育养老服务市场主体。**支持社会力量创办养老机构，探索养老机构“一照多址”、“先照后证”经营，取消注册资金限制，简化设立许可手续，放宽社区社会组织备案条件。鼓励民间资本整合改造厂

房、商业设施及其他可利用的社会资源用于养老服务。租用公办养老机构房产举办非营利性养老机构的，3年内免交房屋租金。对民间资本举办的养老机构，在各级预算内投资补助的基础上，享受与公办养老机构同等政策；对境外资本举办的养老机构，享受与境内资本相同的扶持优惠政策。允许民办非营利性养老机构从年度收支节余中提取一定比例奖励投资者，投入满5年后可以转让、赠予。

**管理、标准、监督和评估。**健全养老服务准入、退出、监管制度，及时查处侵害老年人人身财产权益的违法行为和安全生产责任事故。加快制定覆盖全面、重点突出、结构合理的养老服务地方标准体系，引导各地按标准组织实施。建立养老服务评估制度，科学确定老年人服务需求类型、照料护理等级和养老服务补贴领取资格，加快实现养老服务评估科学化、常态化和专业化。所有政府补助的服务项目和补助对象都必须进行服务质量和养老需求评估。建立和完善养老服务业监测统计制度。

**推动医养融合发展。**医疗和养老服务的融合是行动计划的鲜明特色。该计划建议在规划医疗机构定点和布局时，要综合考虑养老服务需求。设置100张床位以上的养老机构，可申请设置护理院、康复医院等医疗机构，医疗机构床位需另设；其他具备条件的养老机构可申请设置卫生所、卫生室、门诊部等。符合城镇职工（居民）基本医疗保险和新型农村合作医疗定点条件的，可申请纳入定点范围，入住的参保老年人按规定享受相应待遇。完善医保报销制度，切实解决老年人异地就医结算问题。探索面向养老机构的远程医疗服务。医疗卫生机构应当为辖区内65岁以上老年人开展健康管理服务，建立健康档案，为老年人就医提供优先优惠服务。医疗机构开办的具有独立法人资格的养老机构，享受与民办养老机构同等的扶持优惠政策。推进养老、医护、康复、临终关怀服务相互衔接的医养融合发展示范区（机构）建设，加强养老机构、社区、家政、医疗护理机构之间的协同信息服务。

资料来源：作者根据安徽省民政厅《关于加快发展养老服务业的实施意见》整理。

### 0.1.2.2 行政管理和制度安排

国务院批准成立的全国老龄工作委员会承担规划、协调、指导全国养老服务的责任。老龄工作委员会制定养老服务战略和政策，协调相关部门，指导相关部门实施发展规划，监管各级政府的实施情况。目前，全国老龄工作委员会主任是国务院副总理。该委员会由32个部委组成，每个部委由一个副部长代表。每个行政区（省、省级自治区、直辖市、地级市或盟；县和县级市或区；镇、乡或者城市社区）设立一个老龄工作办公室，负责日常行政事务和政策实施。该委员会有专门的工作人员。这种结构确保拥有一个强大的网络，能够从中央到地方各级把政策变为现实。

民政部承担全国社会保障和养老服务的行政管理责任。在国务院管辖权之内，民政部负责国内社会事务，包括社会福利和养老、残疾、退伍军人以及其他具体目标人群。民政部社会福利与慈善事业促进司领导下的老年人和残疾人社会福利处负责管理全国养老服务事务。民政部制定全国政策，负责监管和制定标准，还负责全国培训课程的发展以及开展养老服务工作人员培训项目。

省级和地方民政局负责在符合法律和规章条例条件下把政策转化为实践。他们制定养老服务提供者的市场准入和准出规则，保证质量控制，遵守管理标准，以及处罚违反规则或者违背标准的服务提供者。非营利性服务提供者必须在地方民政部门登记注册，营利性服务提供者必须在工商管理部门登记注册。服务提供者需要向民政部门

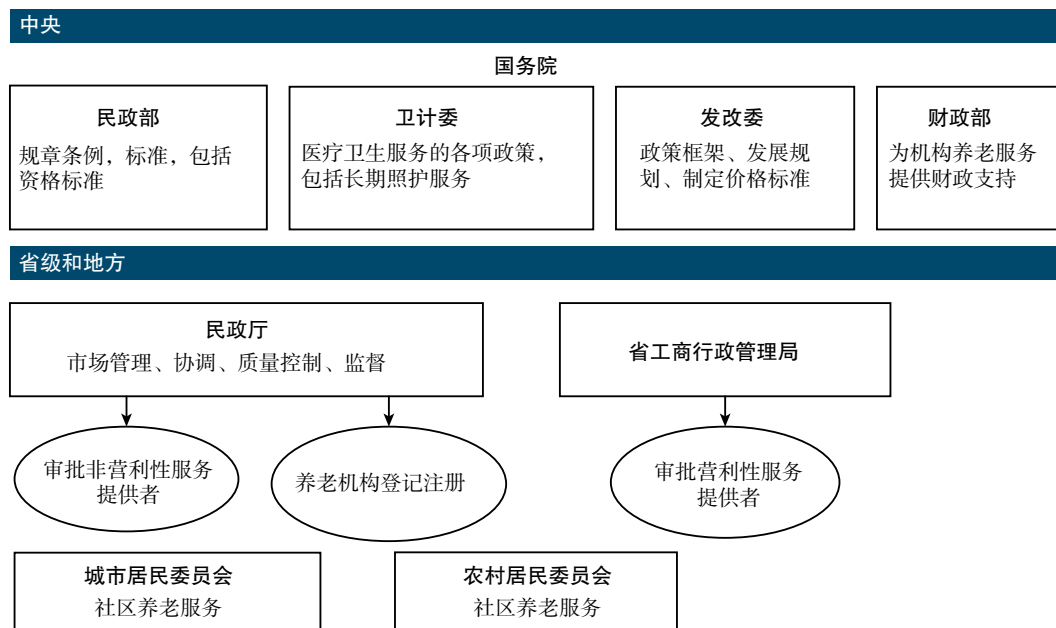


提出申请，以取得社会服务营业执照；服务提供者需要向卫生部门申请提供专业护理或者医疗服务。服务提供者需要经过资格审查才能获得相关执照。民政部门还负责协调与其他涉及养老、失能、退伍军人以及其他具体群体的合作伙伴之间的关系。他们管理、监督、评估养老服务部门的发展，促进服务创新和实践方面的研究。

社区组织应该在城乡养老服务提供方面发挥积极作用。很多社区服务和项目由城镇居民委员会或者农村村民委员会管理，或者由社区组织和委员会共同合作提供。在社区层面，这些委员会是准政府组织，按照地方政府命令行使各种管理功能。在过去的二十年里，这些委员会已经逐渐承担了新的责任，集中社区资源，发展并且实施各种项目，如养老服务（Xu and Chow, 2011）。

财政部负责分配发展公办养老服务机构的财政资源，制定这些服务的价格。其他部委（涉及教育、食品药品、工商、住建、税务、物价）分别负责自己职责范围内的责任。全国和各级政府负责养老服务政策以及服务提供的机构设置如图0.3所示。

图0.3 全国及各级政府有关养老服务的机构设置



注：2018年3月，十三届全国人大一次会议表决通过了关于国务院机构改革方案的决定。本报告的完成时间为2017年。因此，本报告中提及的有关部委名称及职责为此次国务院机构改革之前的。特此说明。

资料来源：作者，基于各种类政府文件整理得出。

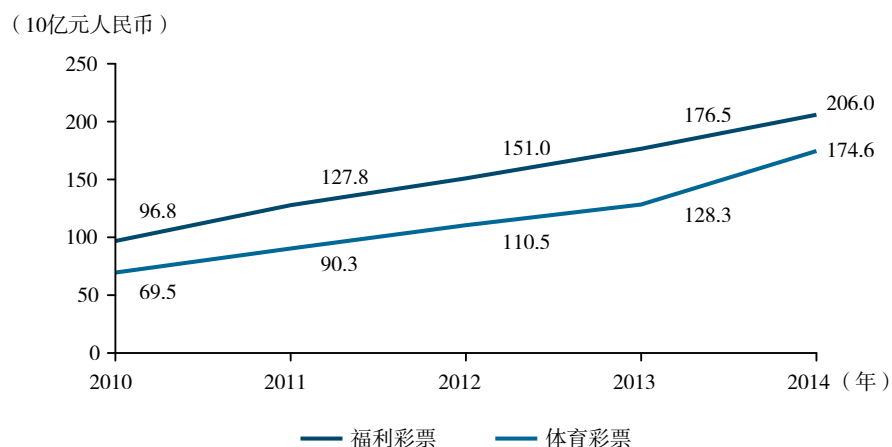
### 0.1.3 公共融资

大多数养老服务的政府补贴资金来自福利彩票公益基金。民政部报告，从20世纪80年代中期到2010年，大约五分之三的全中国养老福利支出来自福利彩票公益基金，而

地方政府承担了大约四分之一的支出，其他资金来源占比约为15%（民政部，2015）。福利彩票公益基金的资金来自福利彩票和体育彩票的收益。2010—2014年这两种彩票的名义总收入增加了两倍多，2014年福利彩票收入为2060亿元人民币，体育彩票收入为1750亿元人民币（见图0.4）。

彩票基金的分配很复杂。扣除彩票奖金的支出（大约为所有收入的一半）和管理成本（大约是收入的15%），剩下的35%归入福利彩票公益基金。相应地，2014年福利彩票公益基金的估值总额接近1330亿元人民币。中央和省级政府平分福利彩票公益基金收入。省级基金必须用于公益事业，大约一半的福利彩票基金（非体育彩票基金）用于各种养老福利项目和活动。2014年，全国各省级政府将福利彩票公益基金中的共计约180亿元人民币的资金拨款用于养老服务。2014年，留存中央的彩票收益中，养老福利支出共计9亿元人民币，约占福利彩票公益基金的1%—1.5%。

图0.4 2010—2015年彩票销售额



资料来源：民政部，不同年份；国家体育总局，不同年份。

中国用于养老服务公共支出的资金仅占GDP的0.02%—0.04%。此外，部分养老服务（如卫生保健、康复、护理服务）被医疗保险体系和卫生预算所覆盖，但是对于长期照护服务支出没有可靠的估计（Lorenzini, Morgan, and Murakami, 2015）。

从20世纪80年代中期到2010年，省级福利彩票公益基金中拨给养老服务的资金在各级政府中的分配比例如下：省级（平均占拨款总额的40%）、地市级（大约40%）、区/县级（大约20%）。近年来，地市级和县级养老服务在福利彩票公益基金支出总额中所占比例有所增加，省级养老服务支出所占比例相对下降。

总体而言，90%的福利彩票公益基金用于基础设施建设，在省级养老服务支出中非基础设施所占比例较高，区级/县级所占比例较低。非基础设施支出包括各种对养老服务和其他形式活动的补贴。截止到2014年年底，共有18个省利用福利彩票公益基

金对年龄在80岁以上的老年人实行补贴政策，22个省开始对经济困难的老年人进行补贴，4个省开始为针对有精神障碍和经济困难的老人提供的养老护理服务进行补贴（MOCA，2015）。虽然近年来各级养老服务政策倾向于增加非基础设施支出所占比例，大部分福利彩票公益基金支出仍然用于补贴各种基础设施，包括新建建筑、重建或者扩建现有机构，如养老院、农村老人院、光荣院（退伍军人），以及老年人文化、娱乐、活动中心。

### 0.1.3.1 获得公共补贴养老服务的资格

政府提供的补贴和社会服务（主要是公办福利院）仅仅涵盖了为数很小的福利救济对象。在城市地区，服务对象主要是“三无”人员——无工作能力、无收入来源、无法定监护人提供支持的人。在农村地区，被认定为“五保户”的老人由政府负责提供食品、衣物、住房、医疗和丧葬费用。同时，其他“弱势老年人”享受免费或者低价公共养老保健和服务。根据政府的数据，2014年全国各地的城市地区有76000名“三无”老人，农村地区有529万名“五保户”（民政部，2015）。这些福利救济对象占当年全国60岁以上老年人口总数的比例不到2.5%。

在上述大的方针指导下，地方政府制定标准对养老服务进行全部或部分补贴。例如，在安徽省，政府实施规划，加速发展养老服务业，规定政府将会补贴那些为失去劳动能力、没有收入来源、没有人赡养的弱势老年人提供服务的养老服务机构。此外，低收入和无子女的老年人可以获得低价养老服务。成都市（四川省省会）采取的原则是“保证最需要的人获得服务，向需要服务的人倾斜，透明、公正、协调、平衡”。有养老需求的老年人分为三类：“三无老人”，保证由政府提供赡养；特殊群体（即那些严重失能、失去独生子女，以及被承认为社会做出重大贡献的老年人）；其他老年人。公共养老服务提供者保证赡养第一类，覆盖居住需求和所有其他支出。第二类 and 第三类需要自费支付县级政府制定的价格，并且通常需要排队等待接受服务。其他省份也采用类似的指导方针。

同时，在实践中，所有公办福利机构现在也接收愿意付费的老年人。公办养老服务机构的价格往往比民营机构低得多（见第5章）。事实上，在城市地区，大多数住在公办养老机构的老人都是自费的，他们也因住进公办养老机构而在无形之中享受政府对公办养老机构的补贴。与此相反，绝大多数住在农村养老机构的老人仍然是福利救济对象，虽然这一状况已经开始出现变化（Feng et al., 2014）。

近年来，在全国的养老服务中存在这样一种趋势，即扩大并且聚焦于受益人群，其中包括失能老人以及“高龄老人”，即那些80岁以上老人。省民政厅指导公办养老服务机构把资源优先用于失能的福利救济对象，并为他们以及“高龄老人”提供居家服务补贴。这就需要相应地增加对那些严重失能者的补贴。

### 0.1.3.2 公共补贴的服务种类

地方政府决定对合格的受益者提供免费的或者具有一定比例补贴的养老服务。在

全国和各省设定的大方针指导下（如上所述以及第2章所述），地市级或者县级政府负责优化服务组合以满足当地需求。《老年人社会福利机构基本规范》制定了养老机构关于提供饮食、个人护理、康复和精神服务的基本规则。不同的养老机构提供的服务质量和服务内容相差很大，与下级公办服务机构（区、县、镇）相比，市级公办养老机构的设施通常更好，各项服务也更吸引人。

目前，在实践中居家养老服务和社区养老服务也是多种多样。居家养老服务和社区养老服务的指导方针由《中国老龄事业发展“十二五”规划》以及《关于加快发展养老服务业的若干意见》制定。这些指导文件表明，居家养老服务应该包括医疗保健、家务料理、法律服务、精神服务、紧急救助、救援服务等。对于社区养老服务，政策文件预见到要包括成人日间照料中心、家访、紧急救助、卫生保健诊所以及娱乐活动。通常，居家养老服务包括准备膳食、基本清洁、帮助照顾卧床老人以及某些喘息服务。社区服务站通常提供以下服务：组织社会活动、进行基本诊断体检、通过锻炼和辅助设施进行康复、协助料理个人事务、陪伴和服务推荐。例如，在合肥市（安徽省省会），70岁及以上老人有权享受价值每月100元人民币的居家养老服务。

#### 0.1.4 目前的养老服务供给情况

养老服务通常有三种形式：居家养老、社区养老和机构养老。居家养老（也叫住家养老）可以由非正式护理人员提供（家庭成员、朋友或者邻居）或者正式的专业护理人员提供，或者二者相结合。居家或者社区养老服务的服务对象通常住在自己家里。养老机构（也叫机构养老）提供更广泛的养老服务，也可能包括护理或者医疗服务。

目前，中国的养老服务状况和服务种类（见专栏0.2）受到以下因素影响：政府政策、传统思想、消费者需求的增长以及养老服务市场中巨大利益的商业驱动。总体而言，居家和社区养老服务的发展有限，而养老机构则繁荣兴旺。这一趋势的出现可能是因为政府设定的目标是增加机构养老的能力，到2015年年底每千名老人（60岁及以上）至少拥有30张床位。政府的最新数据显示，这一目标业已实现：截至2015年年底，中国共有673万张养老床位，或者说每千名60岁及以上老人拥有30.3张床位（民政部，2016）。《中国老龄产业发展报告（2014）》指出，87%的养老机构提供基本住宿和服务，10%的养老机构提供某些护理服务，其余3%的养老机构提供综合的社会和医疗服务，包括临终关怀服务（见第3章）。

在这种背景下，中国开始出现了新兴的正式养老服务市场，以满足那些家庭成员无法照顾的孱弱或者失能老人的需求。得益于政府政策和民营部门的积极行动，这个新生市场在全国各地迅速发展起来。目前，正式服务——公办或者民营——都面向大众，需要个人支付费用。民营机构价格通常比公办机构要高，而那些设施更好、服务更具吸引力的公办机构有很多客户排队等候入住。免费服务面向“三无”和“五保户”老人，通常由接受政府财政补贴的公办养老机构提供（补贴来自各级政府）。

---

## 专栏 0.2 中国养老服务现状

**机构养老服务：**大体上，根据目标客户、收入来源和服务水平区分，中国现在有三种主要的机构养老：（1）公办社会福利机构；（2）专业护理院；（3）养老院和退休社区。

公办社会福利机构（福利院和公办护理院）已经存在了几十年，专门服务于福利救济对象，如无子女老人、孤儿和没有家庭的、逐渐失能的成年人。很多这样的机构（主要在城市地区）最近都开始接受自费的非福利救济对象，这些自费者目前已经成为公办社会福利机构入住老人中的主力军。公办社会福利院能提供的服务和便利设施在很大程度上依赖于是由哪一级政府拥有和经营的。很多市级政府经营的机构都有很多客户排队等候，这类机构通常比下级政府（如区、县、镇）经营的养老机构拥有更好的设备、能提供的各种服务也更具有吸引力。

专业护理院是公办或者民营机构，拥有专业员工（如护士、治疗师、医生），能够提供专业护理、康复或者医疗服务。

养老院和退休社区大多数由民营部门开发经营，包括老年公寓、辅助生活设施、退休社区，提供各个层次的个人护理和专业服务。

关于所有权，养老服务机构大体上可以分为：政府建设并经营；政府建设，私人经营；私人建设并经营。其中，后两种是政府一直提倡的，以鼓励民营部门参与机构养老服务的发展。政府建设、私人经营的模式称为混合模式，被看作政府和社会资本合作模式，政府和有能力的民营实体签订合同，提供理想的服务，进行日常管理，同时接受公共补贴（例如，低于市场价的租金、打折的公共事业费率）。

**社区和居家服务：**大体上，中国有两种社区服务中心。第一种类型是实体社区中心，提供餐饮服务，组织社会活动，进行基本的诊断性体检，通过锻炼和辅助设施进行康复，帮助完成个人活动，陪伴，服务推荐等。这些服务在日间提供，有些中心可能会为老年人提供床位过夜。这些服务对符合资格的老人免费，而对其他老年人收取的服务费用也低于市场价。支付体系根据当地情况而各有不同。第二种类型是虚拟社区中心，通过信息网络提供服务，把社区服务和老年人联系在一起。

居家养老服务通常包括社会服务，如提供日常生活方面的帮助（如洗澡沐浴、吃饭、家务料理）和医疗服务（如护理、康复）。大多数社区中心由非政府组织经营并提供居家养老服务。

至于社区和居家服务的委托—提供关系，大多数服务由各级地方政府委托。在政府一承包商模式下，组织居家养老服务的资源由各级政府分配，包括区、街道办事处、社区。这些服务面向符合资格的居家老人并由各级政府开创、资助、监管。通常由政府采购、选择服务提供者。因为政府补贴水平有限，大多数服务提供者是非营利性组织。在民营退休社区，社区和居家服务通常由开发商经营。

资料来源：作者，第3章和第4章。

---

### 0.1.4.1 蓬勃发展的机构养老服务

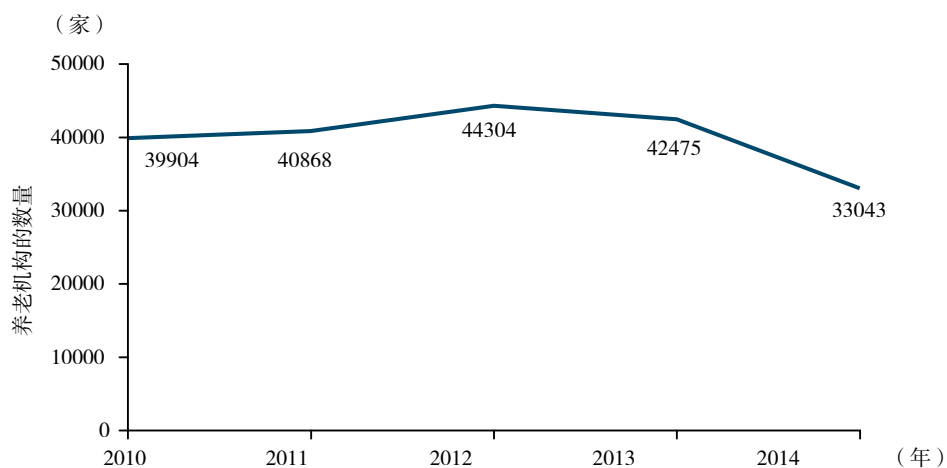
在历史上，中国入院式养老服务（或者机构养老服务）很少，仅服务于少数社会福利救济对象，如那些被认定为“三无”的老人。从这一点来说，这些服务于贫困老人（多数没有子女）的养老服务机构更多的是一种福利和反贫困手段，而不是一种长期照护服务的选择。

在20世纪90年代中期，中国实施了改革，下放国有福利机构的经营权和财务权。从此，这些机构的财务基础从公共财政补贴转变为更为多元化的收入来源，包括自费

的个人。为了满足不断增长的养老服务需求，公办和民营养老院迅速发展。在城市（客户消费能力更强），民营的服务提供者处于最前沿。

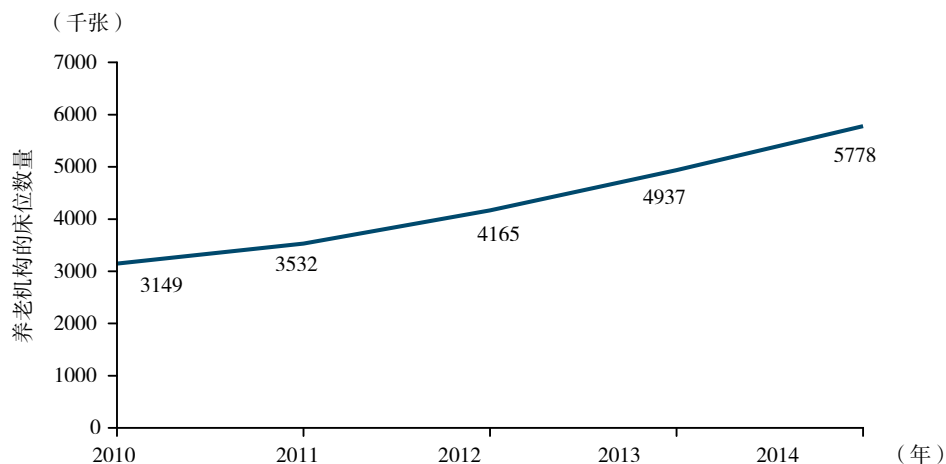
中央政府和地方政府大力促进和鼓励建设新的养老服务机构，采取的优惠措施包括：对投资（新建养老院）的一次性补贴、对每个实占床位进行定期补贴，这些措施吸引了民营部门进入养老业。因此，近年来机构养老服务发展得相当快（Feng et al., 2014）。养老服务机构的规模在扩大：养老服务机构的数量从2012年的44304家下降到2014年的33043家（见图0.5），床位总数从2012年的近420万张增加到2013年的490多万张和2014年的近580万张（见图0.6和表0.2）。到2015年，每千名60岁及以上老人拥有30多张床位，这一数字仍然低于大多数经合组织国家。

图0.5 2010—2014年中国养老机构的数量



资料来源：国家统计局，2011—2015年。

图0.6 2010—2014年中国养老机构的床位数量



资料来源：国家统计局，2011—2015年。

最常见的养老服务机构包括：农村地区的公共养老机构（敬老院）、城市地区的公共社会福利院，以及多出现于城市地区的民营养老院或护理院。在农村，现有的养老服务机构中大多数（大约四分之三）是敬老院，由地方政府资助管理（第2章，选自国家统计局，《中国社会统计年鉴》（2010—2014））。以高收入退休人群为目标，提供全方位服务的持续照料的民营退休社区仍然很少。中国还拥有老年公寓，其提供了一定的服务，但老年公寓更多的是一种住房选择，而不是长期照护服务的选择。

表0.2 2009—2013年中国养老服务业床位数量（万张床位）

年份	2009	2010	2011	2012	2013
总床位数	289.0	307.3	343.2	416.5	493.7
城市养老机构	49.3	56.7	63.0	78.2	97.1
农村养老机构	208.8	224.9	242.1	261.0	272.9
社会福利院	22.8	24.5	27.2	30.9	34.6
社区养老服务机构	4.5	1.2	10.9	19.8	64.1

资料来源：国家统计局，2011—2015年。

不同类型的养老机构类型，如公办公营、公办民营、民办民营，在固定资产（房屋）所有权、机构管理、服务提供等方面也不一样。政府支持发展后两种类型养老服务机构，鼓励民营部门进入养老服务业。对于公办民营机构，补贴有免费和低于市场价租金两种形式。

近年来，中国入院式养老服务的快速发展主要是因为消费者需求不断增长，同时也受益于政府加大了对床位建设和机构运营成本的补贴。国际上也有很多类似先例，公共融资推动了机构养老服务的早期发展。例如，在美国，20世纪60年代末、70年代初养老机构快速发展，这是因为当时通过了联邦医疗保险（Medicare，1965）和医疗补助（Medicaid，1966）计划，为符合资格的民众的出院后康复护理（由Medicare支付）和长期照护（由Medicaid支付）提供公共资助（Smith and Feng，2010）。

#### 0.1.4.2 居家和社区养老服务的覆盖面有限

虽然近年来居家和社区养老服务项目涌现并不断发展，但大部分集中于一些主要城市（Wu et al., 2005; Yang, 2013）。2014年，在全国范围内，社区成人日间照料服务中心覆盖了几乎50%的城市社区和20%的农村社区。中央政府设定的目标是：到2015年覆盖率达到60%。城市地区的社区服务通常由当地政府管理和组织，主要由非政府组织、其他小型私营服务提供者以及志愿者提供（Xu and Chow，2011）。

社区养老服务一般有两个融资渠道：公共福利援助基金和其他来源，如个人和企业捐款、学校和医院等的捐助。由公共援助基金支持的社区养老服务机构的服务目标群体是低收入人群，如低保户（政府为贫困人群提供最低生活保障），通常对目标受益者免费或者收取最低费用。

接受外来资金的机构能提供的服务内容更为广泛，包括成人日间照料中心、居家服务、社区赞助膳食计划、社区厨房、活动娱乐中心以及互助网络。这些服务需要付费，因此只有那些有支付能力的老人才能够承担。这些服务获得的补贴数额在很大程度上依赖于当地资金水平、是否有高水平的员工以及社区参与的积极性。有些社区可能保留少量床位，为半自理或者完全不能自理的老人提供过夜或者短期住宿等附加服务。政府鼓励社区中心设立床位，并对其给予床位补贴（见第4章）。

近来，一种新型的居家养老服务模式在中国流行起来，人们称之为虚拟养老院或者无围墙养老院。其特色是：居家养老机构在老年人家里为其提供广泛的个人护理和家务料理服务。需要服务的老人打电话给地方政府赞助的信息和服务中心，然后由该中心安排合格的服务提供者到老人家里上门服务。政府代表符合资格的老人购买服务，其中大多数养老服务对象是“三无”老人或者其他弱势老人。服务提供者和地方政府签订合同并接受政府的服务补贴。自从2007年江苏省苏州市开展这种服务以来，虚拟养老院服务模式已经扩大覆盖了很多地区，包括西北部的甘肃省（Feng et al., 2012）。

中国的其他主要城市为了加快居家和社区养老服务发展，也开展了各种项目和服务模式并进行监管，如提供日间照料和暂托服务的社区服务站（四川省成都市）、暂托服务以及使负责照料老人的家属得到暂时解脱的喘息服务（浙江省杭州市），提供暂时护理服务的成人日间照料中心（天津市）。在北京、温州和杭州，居家服务包括房屋清洁、个人护理、基本护理服务、康复锻炼、卫生保健教育、陪伴和咨询服务。

在农村地区，新兴的社区养老服务模式被称为幸福院。它是建立在农村互助合作的基础之上的。村里的老年人共同居住在同村的房子里。幸福院不雇用服务人员，老年人之间互相帮助。村里免费提供住房和设施。“五保”老人的生活费用由政府提供，其他人则必须自费（由自己或者家庭成员负担）。幸福院发源自河北省，兴起于2012年，到2014年时已覆盖了大约12%的村庄。甘肃省也为老年人兴建了幸福院。2010年，黑龙江省挑选了5个乡镇作为农村养老服务试点，目的是扩大农村地区养老服务人群。同时，涉及“时间银行”的一些举措也在全国各地试行。

#### 0.1.4.3 民营部门的参与

最近，中国政策导向发生了战略性转变，政府从服务的直接供应者和提供者转向服务的购买者和监管者。政府认识到，如果没有私人部门的参与，已经不能满足养老服务的迫切需求。因此，过去十年间政府颁布了一系列全国性政策法规，加速发展民办社会养老服务（如上以及第2章所述）。这些政策法规明确指出，民营服务供应和自费支付服务将会在养老服务体系的发展中发挥重要作用，而政府将会继续为特定的弱势群体提供基金和服务。

目前，中国民营养老服务机构包括两种类型的机构：非营利性机构和营利性商业机构（见第4章）。非营利性机构包括民间组织、宗教群体和社区型组织，倾向于提供可负担得起的服务并且期望适度的经济回报。通常，它们的目标是中低端市场和低端



市场，为能够支付中等费用的老年人提供服务。与此不同，营利性商业机构倾向于把目标定位在中高端市场，努力提供高质量服务，目的是为投资赚取尽可能丰厚的经济回报。但是，事实上目前中国所有民办养老机构都登记为非营利、非企业实体（见第4章）。

虽然中国的机构养老服务主要由地方政府经营的公办养老服务机构和社会福利院提供，但近年来民办养老服务机构在中国各大城市迅速发展，在机构养老服务中所起的作用也越来越大。这些机构提供的服务种类、收费标准和服务的对象各有不同。

为了激励民营企业提供广泛的养老服务，政府运用补贴和优惠政策，划拨免费的土地或补贴土地租金，支持基础建设，为每张床位设置补贴，补贴设备投资贷款，提供公用事业补贴（如几乎免费提供水和煤气）。

有些地区还提供床位补贴，以降低经营成本。很多地区要求留出一些床位以服务于需要福利救济的老年人，服务价格等于服务成本，这样减轻了政府必须发展和管理新的公办养老机构的需求。非营利性机构和营利性机构都被鼓励发展和管理专业护理机构。

在过去的几年中，国内外的房地产公司、经营者和中国机构投资者都瞄准那些富有的中国老年人，为其提供辅助生活设施、护理院和持续照料退休社区，而未来他们中只有少数计划进入中端市场。高端养老机构在数量上相对少，并且质量也各有不同，总体而言，对大多数老年人来说这类养老机构的价格太高（Zhan et al., 2006）。例如，北京的一家高端养老机构（恭和苑）共有270套居住单元，提供全方位的服务，每月收费从7000元人民币到17000元人民币不等。相比之下，北京市正规就业部门的平均工资大约是6000元人民币，国有企业退休职工每月平均退休金大约是3500元人民币。<sup>1</sup>经营恭和苑的公司认为，这类高端养老机构只服务于0.1%的顶尖市场（Caixin Online, 2013）。很多高端养老机构入住率远远低于其最高容量，大部分原因是缺乏有效需求。

中国的房地产公司和保险公司正在积极投资养老住宅市场，瞄准中高收入老年人群，如上海的亲和源老年公寓、北京的Langdent和太阳城。万科，中国最大的房地产开发商之一，在杭州启动了养老住宅项目，并且正在制定公司的10年养老扩大战略。绿城在2013年启动了养老地产和老年大学项目。合众人寿开办了第一个引入美国理念和模式的持续照料退休社区，2014年在武汉拥有3000张床位。2015年，泰康人寿持续照料退休社区项目在北京昌平开设了拥有258套居住单元的养老居住设施。

来自美国、日本、法国的公司通过和中国公司合作进入中国的机构养老市场。2011年，日本长乐控股株式会社（Long Life Group）在青岛开办了第一家高端护理院，期待在10年内能发展到100家。另一家日本企业，株式会社理爱（RIEI Co）2011年在北京成立了全资子公司，并与上海协通集团合作，2013年在上海开办了营利性护理

---

1 北京市平均月工资和养老金数据来自以下网站：<http://www.ecovis.com/focus-china/chinas-social-security-system> 和 <http://www.chinanews.com/sh/2015/03-13/7128422.shtml>。

院。远洋地产最初与美国养老集团美乐特公司（Emeritus Senior Living）在北京开发了亦庄项目，现在又和另一家美国养老运营商 Meridian Senior Living 合作，在上海开启了 Cascade 项目（Cascade Project）。中国复星集团与美国养老地产投资专业基金（Fortress Investment Group LLC）共同合作，在上海开发了星堡品牌和养老退休项目。2014年，几家法国养老服务提供者也进入了中国市场，包括 Colisee、Orpea 和 DomusVi。Colisee 将在南京开办一家护理院，提供专业的护理服务和针对老年痴呆的护理服务。Orpea 和南京鼓楼医院签订合同，重建拥有 180 张床位的康复护理院。Orpea 的另外三个项目将落户深圳、成都和昆明。在这些合资项目中，中国企业通常提供资金、土地和设施，外国合作者则负责运营、管理和培训。

从 2012 年开始，中央及各级地方政府开始鼓励发展“混合模式”。中央政府认识到专业护理机构缺少中等收入的老年客户，从 2013 年开始，通过向民营部门外包公办养老机构的运营方式，鼓励民营部门参与进入中端市场。在 2013 年，民政部开始进行公办养老机构试点改革，要求每个省至少有一家公办养老机构外包给民办机构运营。到 2014 年 9 月，28 个省的 124 家公办养老机构被选择参与试点改革。在改革中，政府通过正规的购买程序挑选民办运营商来管理公办养老机构。

地方政府在试验多种形式的“混合模式”，目前有若干个委托模式（见表 0.3）。当前，签订管理合同和租赁是中国机构养老服务采用的最普遍的两类型。有迹象表明，民办营利性企业不愿意投标公办护理院管理合同，除非政府是基于结合“价格—质量”的情况来选择运营商，而不仅仅是基于价格。

**表 0.3 养老服务机构的公私合作类型**

类型	描述
购买	地方市级政府从民办护理院购买床位
管理合同	民办护理院运营商对公办护理院负管理责任（如员工、供应、培训）
租赁	民办运营商经营和管理公办护理院。民办运营商承担所有风险，拥有利润，但是不拥有护理院的所有权
服务合同	公办护理院把成套服务外包给民营部门，如家务料理、伙食和洗衣
股权	公办护理院通过售卖股份给民营投资者而改变所有权结构

资料来源：Yu, 2014；ICAIA, 2014。

营利性企业更愿意经营坐落在大城市的那些主要服务于中高端群体的专业护理机构。为了吸引并挽留受过较高教育的客户，他们通常提供公办养老机构不提供的范围更广、水平更高的养老服务。数据表明，10%的民办养老服务机构提供康复服务，3%提供临终关怀服务（见第 4 章）。根据卫生部 2012 年的数据，在中国 301 家康复医院中有 155 家是民办机构。

民办养老服务机构的数量在不同省份各不相同，这取决于地方政府的调控政策、老年人的收入水平以及老年人口结构。在北京，2014 年民办养老服务机构拥有的床位

占有所有可用床位的49%。<sup>1</sup>与之相比，2013年河北省民办护理机构拥有的床位仅占总床位的28%。<sup>2</sup>在吉林省，2014年民办养老服务机构占60%，床位占47%。<sup>3</sup>从2013年起，地方民政部门开始在自己网站中公布民办养老服务机构的数量，这表明民营部门在养老服务业中发挥的作用越来越重要。

多数由房地产开发商管理的营利性服务商的重心是社区养老服务，其主要瞄准中高收入老年人及其家庭。外资企业提供居家养老服务主要集中在大城市，其目标人群是中高收入老年人。例如，来自新加坡的“积极全球养老”（Active Global Ageing）由受过专业训练的护士提供家庭护理，美国的“任爱华”（Right At Home）居家护理服务由拥有大学文凭的护理人员提供看护和家务料理服务，青松养老为半自理和完全不能自理老年人提供居家专业护理服务。

公办养老机构间接接受大量的政府补贴（如减免租金、员工配备及工资），并且通过低价把这些补贴转给消费者。因此，人们普遍认为这些因素促使它们比私营机构更具竞争优势。高额资本投资、有效需求的不确定性、获取土地困难都可能导致投资的低回报。这些因素将继续阻碍私营部门投资者和运营商进入中低端养老市场（见第4章）。

### 0.1.5 中国养老服务体系面临的挑战

为创建养老服务体系以满足当前和未来不断增长的老年人口的需求，中国目前所走的道路是正确的吗？政府在“十二五”规划中制定了三级养老服务体系的框架，并颁布了一些其他全国性的政策法规。该规划体系的指导方针可靠合理，与主流的国际经验一致，强调以居家养老服务为基础，以社区养老服务为依托，以机构养老服务为补充。

尽管各国文化不同，但是全球各地的老年人大都倾向于使用居家和社区养老服务，而不是机构养老服务。居家养老服务范围广泛，如帮助料理日常琐事、个人护理、膳食准备、交通和提供相关医疗设施等等。在一些福利传统良好并且女性劳动力参与程度高的国家，居家和社区服务主要基于正规的需求评估，由专业的护理人员提供。在欧洲，专业护理行业是为很多国内劳动者和移民创造就业机会的重要领域。

因为照护需求随着时间变化会发生暂时的或永久的变化，这就需要制定合适的、持续性的服务来满足这些变化的需求。在家庭、社区和机构之间提供的服务种类可能各不相同，并且这些服务可能与老年人的失能水平或实际需求之间并不匹配。为居家养老提供的服务可能是家庭援助、个人护理、支持性服务和卫生保健服务。社区服务可能包括社会和娱乐服务、康复服务以及某些护理服务。机构养老服务可能包括日常生活照料、饮食起居、医疗服务监护、专业护理（如痴呆护理）、临终关怀服务等。理

---

1 资料来源：Beijing Statistical Information Net。

2 资料来源：Hebei BCA。

3 资料来源：Jilin BCA。

想中的模式是提供持续性的养老服务，包含最佳的灵活服务组合，以满足老年人的不同需求。

就服务提供者的类型来说，民营服务提供者在经合组织国家中占优势地位，由政府提供入院式机构养老服务的国家则相对较少（如瑞典）。慈善机构等非营利组织在有些国家的养老服务供应方面发挥着巨大作用（如澳大利亚），这些国家在这一方面有着悠久的传统。

在经合组织国家和几乎所有发达国家，通常公共资源支付的资金在为符合要求的服务对象提供的长期照护服务总成本中所占比例较大（European Commission, 2014）。政府将公共资金投入长期照护服务有两个原因：一是因为长期照护服务是绝大多数老年人无法负担的，二是为了减轻家庭成员的非正式护理负担，因为家庭成员很难同时兼顾工作和长期照料的责任。因此，在大多数国家，正式的长期照护服务主要通过税收和强制性社会保险缴费获得资金（Colombo et al., 2011）。例如，在美国，超过75%的护理院入院老人获得的服务就是由政府主导的保险计划支付费用（Kaiser Family Foundation, 2013）。三个主要参数解释了经合组织国家养老服务支出的不同：融资来源、确定合格的目标群体的规则及为其提供的服务形式和组合，以及对服务供应的支付形式。

特别是近年来经合组织国家采取了一系列政策鼓励居家养老，包括侧重于需求侧和供给侧的干预措施，如直接扩大居家养老服务供应（如加拿大、爱尔兰、新西兰、瑞典和波兰），采取调控措施以及经济刺激。非机构养老能够让老年人继续住在自己家里独立生活，同时也具有成本效益。

中国政府鼓励和支持私人部门参与养老服务的发展，增加对养老服务发展的资金投入，这一方向是正确的。但是，正如中央政府颁布的很多全国性政策指导方针一样，该指导方针缺乏具体的和有利的措施把宏观的政策愿景转化为现实。最终，需要由下一级政府以及地方政府来发展和实施与地方的需求和资源相适应的具体措施。为此，需要应对一系列的政策挑战。下文将重点讨论三个紧迫问题。

#### 0.1.5.1 培育政府管理能力

为使政府职能从直接的服务提供者和供应者转变为服务购买者和监管者，政府需要承担起培育、监督、管理整个养老服务市场，包括公办、民办和混合机构以及所有下级市场部门（居家、社区和所有形式的机构服务）的责任。这需要在多个层面和机构中进行能力建设和制度安排。此外，还需要培训、和留住公办以及民办养老行业的专业人员。目前，这方面的专业人员很匮乏。

**监管部门的分散化。**社会福利院、公办护理院和民办非营利性养老服务机构目前处于民政部门监管之下。民办营利性养老服务设施、护理院和退休社区在工商总局及其下属的地方工商行政管理局登记注册，不受同级民政部门的监管。此外，由于护理和治疗服务被看作是卫生保健技能，因此专业护理院和康复设施属于国家卫计委监管。

遵守建筑标准和安全问题属于消防部门。不同的监管部门监督养老服务机构的不同方面，导致对该行业的监管不协调、不充分，服务重叠，监管也不一致。此外，由于政府对养老服务业的大多数资金和补贴都由民政部负责，对于市场促进作用有限，故而鼓励民办养老机构的经济激励非常有限。

**监督管理薄弱，民营和混合部门的问题尤为突出。**政府让民营部门参与提供养老服务所使用的主要的监管机制是要求其登记注册和办理市场准入执照，以确保服务提供者具有提供服务的最低能力。为了提供养老服务，注册登记的服务提供者需要获取营业执照。目前并没有统一的信息体系收集和保存公办以及民办服务提供者的数据。尽管政府部门会对受委托的服务者所提供的服务进行一些检查，但是由于政府缺乏有力的监管体系，难以让这些外来服务提供者对自己的服务负责。

目前，政府缺乏监管调控和其他战略来确保服务质量，政策议程也没有把这些问题放在重点考虑的范围之内。不时出现媒体报道养老机构服务质量差，存在安全问题，但是仍然没有什么数据来评估现有的和新设的服务机构。政府需要建立对居家和社区养老组织的管理和评估体系，由于居家社区养老服务的服务范围广、服务处所不同，因此在这些方面的质量监督更加困难。该体系应该能够监督哪些老人需要养老服务，并能够提供数据用于改善质量。

**缺乏统一的需求评估。**需求评估通常是对生理和认知缺陷水平的评估或者失能方面的评估，应该用来决定评估对象是否有资格获得公共补贴服务，以及最合适的具有成本效益的适合个体需求的服务。这是世界上拥有成熟的长期照护服务体系的国家的常见做法。中国没有正规的全面的需求评估体系，但可以在学习国际经验和地方试点经验的基础上逐步建设该体系。令人鼓舞的是，有些好的做法在地方层面已经存在。例如，2014年上海在两个区试点设计了一个全面需求评估工具包（借鉴InterRAI照护评估工具），目前正在全市推广。

**判断和预测服务需求的能力有限。**这种局限性在目前和未来的服务需求以及供给方面都有所体现。从需求方来说，为了规划和帮助发展养老服务，需要定期利用可靠的数据来判断需求和有效需求，但这些数据很难获得，一部分原因是因为缺乏良好的有效的基础信息收集系统。有一些全国性的数据资源，包括每十年一次的人口普查和若干抽样调查，收集了中国老年人口的人口结构、社会经济和健康数据（见第10章）。但是，这些数据没有得到充分利用以分析当前的服务需求，预测老年人口将来的需求。缺乏透明度以及研究团体不能及时广泛地获得这些数据都加剧了这种状况。因此，可以用于养老服务政策制定的知识和证据基础很薄弱。

#### 0.1.5.2 提高长期照护服务公共融资的分配比例

目前，中国在养老服务方面的支出占GDP的0.02%—0.04%，有限的公共资金主要用于补贴养老机构建设。事实上，公共补贴和养老机构的床位数直接相关。毫无疑问，身体孱弱的老人需要更多更好的服务，但这种补贴养老机构床位的“机构偏见”导致

服务的不平衡。把资金首先投资于养老机构是增加服务供应的必须投入，但是并不一定能改进这些机构的运营表现或者提高服务质量。尽管老年人普遍喜欢居家和社区养老这类型的服务，但是居家和社区服务得到的补贴很少，也缺少一贯的支持。

养老机构的床位供应快速增长，一部分原因是政府补贴床位的投入，已有数据表明现有的公办和民办机构有很多空余床位。在城市地区，公办机构的床位占用率通常比民办机构要高。例如，在南京，2009年民办机构中平均床位占用率（一个机构中占用的床位在所有可用的床位总数中的比例）是69%，相比之下，公办机构的占用率是83%。在天津，2010年平均占用率在民办和公办机构中分别是76%和91%（Liu, Fengand Mor, 2014）。民办机构的床位占用率低的原因可能是因为价格高（超过很多老年人及其家庭的支付能力）、缺少服务和服务质量差。

**缺乏系统的长期照护服务融资抑制了服务的有效需求。**因为中国人口老龄化加速，对长期照护服务的需求巨大且还将继续增长，但是养老服务的有效需求并不能不完全体现潜在的养老需求（见第1章）。因此，潜在需求在多大程度上可以转化为有效需求并且得到满足呢？

养老服务公共资金目前仅仅拨给最弱势的老年人（即那些被认定为“三无”或者“五保”的老人），对于绝大多数没有足够的财力来支付养老服务的老年人来说，还存在很大的资金缺口。虽然中国政府建立了一个基本的养老保险体系，但全国养老金体系的替代率低，企业年金和民办商业保险的作用有限（见第4章）。因为大多数人的退休金都较少，所以很多人不可能负担得起长期照护服务。由于这些服务主要是通过个人支付来获得的，因此只有那些富裕的人才能负担得起高质量的护理和服务。缺乏基础广泛的有效需求导致服务提供者很难扩大经营。

**“需求方”资金少，阻碍了高效能服务提供者的发展。**不把资源交到消费者手里去扩大有效需求，直接补贴提供者不一定能鼓励有效的服务提供者的出现。政府是社区养老服务最重要、最有力的投资者，但是不把钱交到消费者手里，政府就很难履行确保质量和效益的职能。除了少数富有人群，一般的老年人口没有购买专业养老服务的能力，因此难以培育市场竞争力。有效的解决办法是将现金直接转移给服务对象或者提供服务代金券，不过这又需要进行需求评估，决定谁有资格获得现金转移支付（除了满足经济支付能力评估标准之外）。

**公共资源没有瞄准最需要养老服务的人群。**公共资助或者补贴的养老服务需要锁定那些最需要养老服务的人群，即那些患有生理或者认知缺陷，日常生活需要帮助的人。当前的公共体系倾向于支持为穷困孤寡老人提供膳宿的养老院，没有考虑他们的生理状况和服务需求。这种偏见来自历史实践——多年来，政府已经资助和经营了很多养老机构，如城市地区的社会福利院和农村地区的敬老院，以此支持福利救济对象。

公办养老机构最近扩大接受自费老人，他们现在是城市福利院主要的服务对象（农村敬老院仍然主要是针对福利救济对象）。很多公办养老机构收留的老人只是需要一个住处而不是照料，因为那些养老机构（它们面临超额的需求）倾向于接受相对健

康的老人，而不是失能或者生活严重不能自理的老人。在这种制度下，健康的自费客户就得益于社会福利院获得的间接的公共补贴。令人鼓舞的是，政府现在要求新建的公共养老机构要拿出50%的床位用于服务那些需要养老服务的失能老人。但是，这种要求在实际中的可行性仍然是个问题。

和其他国家一样，充分可持续的公共资金对扩大中国的养老服务覆盖率是必需的。此外，因为服务提供者常常受到公共支付系统内含的经济奖励的刺激而做出反应，故而公共融资机制显得很重要，即钱从哪里来，怎么支出，怎么补贴提供者。设计一个系统的、可持续的融资体系应该是政策议程的重要内容。下文将探讨关于建立系统的长期照护服务融资战略的各种选择（详见第5章）。

### 0.1.5.3 提高服务提供者的能力

中国机构养老服务体系日益依赖民营养老服务提供者，但这些提供者的能力在新兴的市场中仍然薄弱。

缺乏“公平竞争环境”阻碍了民营服务提供者的发展。需要制定公平透明的规则，使民营部门能够进入市场并生存下去。研究表明，在大城市（如天津和南京），公办经营的养老服务机构的床位占有率比民办养老机构的占有率高得多（这对养老机构的财务状况而言至关重要）。但是，如前面所提到的，公办养老机构的老人往往比民办养老机构的老人更健康，功能缺陷更少（Feng et al., 2012; Liu et al., 2014）。这些健康状况方面的区别可能是由选择性或者歧视性入院政策造成的，尤其是在公办养老机构，这些政策可能青睐相对健康的老人。民办养老机构看起来更愿意接受有功能缺陷的老人。有研究表明，公办养老院常常为上层社会或者富裕家庭以及离休干部保留床位，而那些经济困难、健康状况更差的老人拥有的选择则更少（Zhan et al., 2006）。

随着中国养老服务业的发展，公办养老机构应该重新考虑它们的收住政策，服务目标群体应该是最需要公办养老机构服务的失能、孱弱和弱势老人。公办养老机构比民办机构有更多的优势，如公共财政支持，大量补贴租金，公共事业费用和运营成本补贴，并且这些公办养老机构更容易与当地社区和专业机构融合。由于其国有性质，公办养老服务机构应该把服务目标锁定在最需要养老服务的老年人，然而公办养老机构中更健康、服务需求相对比较少的入住老人的数量比民办养老服务机构更多。

正如本概述中所描述的，大多数国家的养老服务体系是“准市场”，其功能在很大程度上依赖于公共资金和透明的规则标准。这些规则标准和服务提供者委派、公共购买程序有关。需要考虑的一个问题是：如果缺乏有效调控监管，中国养老服务市场的服务将更多地转移到由民营部门提供，这可能会损害服务质量（Feng et al., 2014; Liu, Feng, and Mor, 2014）。

缺乏训练有素的劳动力，护理人员能力不足。和其他国家一样，中国缺少合格的专业护理人员。在众多因素（如薄弱的调控监管）中，缺乏足够的训练有素的员工是提高中国机构养老服务质量面临的主要障碍（见第9章）。最近的研究指出，中国养老

服务机构的员工与西方国家的同行相比，年龄大、教育水平低，并且很少有机构使用成熟的人员资格认证标准，以界定员工在机构中的具体作用（Song et al., 2014）。在城市养老机构中，大多数护工是附近农村的农民工或者在国有企业改革和重组的过程中的下岗工人（Feng et al., 2011; Song et al., 2014）。无论在公办、民办还是其他的服务机构，所有服务提供者的组织和技术能力都亟待提高和加强。

为了应对未来的需求和当前的服务系统所面临的挑战，中国需要采取合适的养老服务策略，以如实反映人口状况、财政支持程度、社会服务的广阔愿景以及文化偏好。本概述的第二部分陈述了一个养老服务治理和服务提供体系的理念框架，通过吸取国际经验和中国目前的实践经验，提出了一些落实本框架各部分的可行思路。

## 0.2 对未来中国养老服务的意义

中国老年人口的迅速增长以及社会经济发展所带来的压力使得发展养老服务体系更加迫切，这些压力在未来还会越来越大。同时，中国老年人口的特点也将发生变化：未来的老年人受教育程度将更高，更有可能住在城市里，孩子和相应的家庭照料者也将更少。未来会有更多的老年人能够享受到医疗保险和老年保险（养老金和退休收入），很多人（特别是城市老年人）也将会拥有房产。伴随着购买力的不断增强，中国老年人会有各种高质量服务的需求。

预测未来老年人喜欢和需要的养老服务以及未来这些养老服务的形式和数量并不现实。相反，中国需要连贯一致的政策框架和相应的机构去监测不断发展变化的社会经济情况，继续扩大相关的社会投资，从而更好地满足养老服务的需求，更好地提供相关的养老服务。因为养老服务业的复杂性及其巨大的需求规模，需要通过各政府部门的协调一致来支持建设一套有效的政策制定和治理体系。这套治理体系的某些成分已经存在，但是在界定治理框架以及更好地转化为运作良好的服务体系方面仍存在不完善的地方。

图0.7和本节讲述了中国在建设养老服务治理和供应体系方面的理念框架。该框架的关键点在于要将养老服务供应的国际经验和中国目前的实际情况相结合。

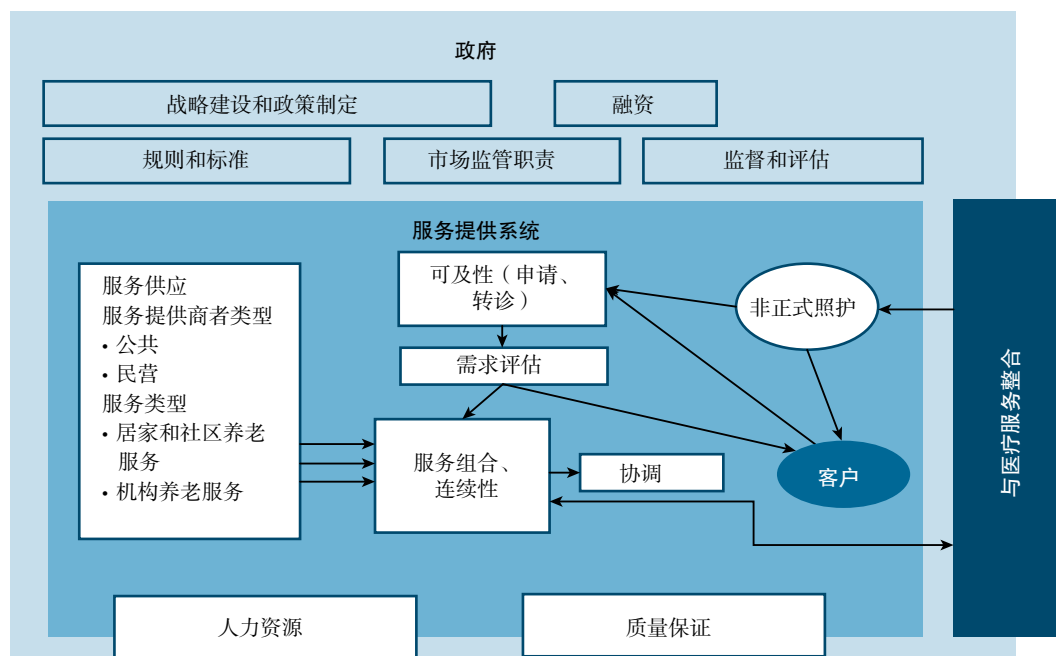
### 0.2.1 加强政策制定

建设全面的长期照护服务体系需要高效灵活的政府，政府能够学习其他发达的长期照护服务体系的长处，并将其理念在中国的实际环境中进行检测和调节适应。这就要求政府机构要主动并愿意去学习和实施这些理念，收集相关信息并且推动政策的落实。

一套明确中央与地方事权划分的治理体系以及沟通良好的监管框架是十分必要的。中央政府在设计和改革养老服务规章制度、相关标准以及确保一致性和实施方面发挥着关键的作用。如前所述，中国政府已经制定了一系列有关长期照护服务的政策文件，



图0.7 养老服务治理和供应体系的理念框架



资料来源：作者。

现在的主要挑战是如何将其有效地实施。评估指导文件的连贯性、确定目前的调控框架存在的问题，可能是制定连贯有效的养老政策的重要的第一步。

有关中国政策学习和制定的某些关键问题将在下文重点讨论。更详细的讨论，包括国际经验方面的内容，详见第10章。

**明确中央与地方的事权责任划分，加强央地合作。**<sup>1</sup>应当明确中央与地方的事权划分，实现财力与事权的统一。中央政府及其直属部委以及专门机构的一个核心任务就是要制定一系列连续性的战略，用一套基本的养老服务规章制度和标准来不断完善、更新、推动监管的框架。地方政府需要在与中央政府颁布的基本的规章制度和标准相一致的基础上制定切实可行的、适合当地情况的行动计划。他们应该在与服务提供者密切合作的基础上实行养老服务监管，组织对护理人员的专业培训。

在宏观政策规划方面，国务院负责颁布全国养老规划，地方政府则需要根据全国规划负责地方的养老规划和年度项目。对于具体的体系建设，国务院和相关部委制定了养老服务设施、养老服务从业人员和养老服务质量的标准。各级地方政府要制定规

1 中央和地方各级政府责任划分的三种主要方法也在经合组织国家实行：（1）集权类型，中央政府起主导作用，制定详细的规章制度，地方各级政府仅仅起到执行作用（例如一些欧洲小国、北欧国家，以及法国）；（2）分权或者“框架类型”，民营部门提供商和地方各级政府起着重要作用，而中央政府仅仅制定大的监管框架（如英国和荷兰）；（3）自由放任类型，中央政府的干预和协调最少，政府仅仅对最穷困的人负责（典型例子的是一些前共产主义国家，如保加利亚和罗马尼亚）。

划，保证老年人获得基本医疗服务的权益，并且鼓励和支持民营部门提供居家养老服务，发展社区服务。地方政府还需要把养老服务设施的建设纳入城乡发展规划当中。

**中国经验和良好实践的交流。**目前，地方各级实施的养老服务项目已经积累了许多宝贵经验。互相学习各地的良好实践以及失败经验将会推动全国各地发展有效、可持续的养老政策和服务。独立的研究者应当对现有的良好实践进行评估，从而更好地从这些经验中受益。

**改善信息系统和实证支持。**建立一个能够定期收集和分析可比较数据的全国信息体系将会为发展实施连贯的养老服务政策提供必要的实证基础。中央政府应该规定地方政府必须定期收集和报告的相关信息的最小规模，并且这些信息应该包括关键的投入指标（成本、人力）、绩效和结果。虽然社会服务和长期照护服务的结果可能很难界定和衡量，但是应该设立某些变量指标来描述养老服务活动的变化和效益。

为了发展需求驱动的长期照护服务行业，政府需要更好的数据和统计工具。事实上，第十二个五年规划已经提出要建立相关养老平台收集、分析老年人的数据。现有的资料并不完备，需要补充新的数据来评估目前地方的供给以及有关需求。中国老龄工作全国委员会最近宣布了一项调研对象超过200000名老年人的调查，<sup>1</sup>其中的多组数据资料有助于理解养老服务供给和需求之间存在的差距。<sup>2</sup>在可能的情况下，这些数据集可以和市场甚至与服务提供者的信息相匹配，来评估养老供给和需求之间的关系。这些信息在地方政府分配资金时是十分必要的，并且有助于提高公共资金的使用效率。

在制度安排方面，全国老龄工作委员会可以作为进行国际交流和全国相关信息整合的支撑点。此外，很多非政府机构也已经参与到老年人研究和相关政策的咨询中。这些机构包括大学和政府以及非政府智库，其专业知识可以为制定和完善相关政策提供参考。

因为很多利益相关者参与其中，因此需要进行有效的全国协调，原因如下：养老服务体系涉及医疗卫生、社会服务、养老金等许多方面，并且分别由不同的政府部门管理，因此需要制定统一的国家指导方针和质量标准来协调地方政府的活动。全国性统计要求收集标准化的数据以监督和评估所有部门的绩效。咨询地方政府，促进不同利益相关者之间的交流都可以为有效的政策制定提供重要信息。

**注重养老服务的效果。**需要一家全国性的研究机构定期公布中央和地方政府养老服务成效的关键数据和相关分析。英国的“成人社会服务结果框架”便是良好实践的一个例子。<sup>3</sup>该框架于2011年启动，内容涉及如何收集年度数据来衡量使用者的生活质量、独立性以及相关服务的经验。有关这些结果的指标可用来比较各地养老服务体系的绩效表现。

1 [http://www.chinadaily.com.cn/china/2015-07/29/content\\_21438901.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/2015-07/29/content_21438901.htm)

2 一些数据来源于具有全国代表性的、基于老年人群的抽样调查，这些数据来源对相关政策分析尤其有用，包括：中国城乡老年人口状况抽样调查、中国健康与养老追踪调查（CHARLS）、中国老年健康影响因素跟踪调查（CLHLS）以及中国老年社会追踪调查（CLASS），详见第10章。

3 成人社会服务结果框架，<https://www.gov.uk/government/publications/adult-social-care-outcomes-framework-2014-to-2015>

在中国，地方政府应该对本地区的养老服务进行监管，其中就涉及衡量所有服务提供者的养老服务质量和结果的工具和方法。他们应该监督服务的结果，如果服务提供者没有取得预期的结果，就需要对其进行提示和督促。就养老服务质量而言，按照国家标准，数据的收集和评估应该是地方政府委任的服务提供者的职责。这些数据信息对于政府监督服务提供者来说发挥着重要的作用，同时也可以在全国范围内比较各地政府的绩效。

一般来说，数据的收集应该越全面越好。由于收集的数据成本很高，服务提供者可能没有什么动力去收集这些数据并且将其转给政府。因此，质量评估应该成为购买合同的一部分或者作为取得长期照护服务提供者执照的必要条件。另一备选方法是：政府通过定期质量检查的方法收集相关数据。如果可行的话，定期自动收集数据是更可取的。可以用不同的指标来衡量居家和养老机构的养老服务，但是研究机构应该测试国际经验在中国实际应用的有效性。

**在政策和服务提供层面建立需求评估体系。**需求预测和评估无论是在宏观的政策规划层面还是在决定服务对象资格、服务计划的微观层面都是必需的。对于中长期政策制定来说，基于实证预测和预期未来需求的宏观层面的体系是十分必要的。在微观层面，个人需求的评估是必需的，其目的是把资源锁定在最需要养老服务的老年人身上，从而保证服务的质量和成本效益。

很多经合组织国家既有宏观需求评估体系，也有微观需求评估体系。在宏观层面，这些国家的政府部门（如美国国会预算办公室、美国卫生与人类服务部计划和评估助理部长办公室）对政府在各种公共项目中的支出进行中长期预测，包括那些基于目前老年人口中失能者的规模和趋势而对老年人提供支持的长期服务项目。在微观层面，很多国家发展和建立了根据功能缺陷（包括生理和认知方面）的严重情况、收入、个人财产等因素进行判断的严格的评估体系。这些评估不仅可以评定接受服务的对象，也可以用来制定个人养老服务计划。

民政部最近设立了中国国家老年护理信息系统，其中建立养老服务需求的老年人数据库就是这个信息系统的一个重要组成部分。这个数据库的作用是通过标准化的个人评估工具来收集健康、功能、自我照料的有关信息。民政部在2013年发布老年人能力评估项目并征求公众意见，这个项目主要是通过interRAI来完成。北京、广州（广东省省会）、苏州（在江苏省）的6个养老机构已经运用这个评估工具对581位自理能力程度不同的老年人进行了测试。基于测试结果，评估工具进行了修改，并且在北京的10个养老机构重新进行了测试（MOCA，2013）。该工具作为试验性工具公布出来可以作为参照性（非必需）标准。

北京、上海、南京和广州的许多城市已经开始运用类似于老年人评价标准的标准化工具来评估申请养老服务的老年人的自身身体状况和自我护理能力。个人评估的主要目标是判定服务需求，从而合理地分配资源。需求评估在不同地区有所不同，但是同样可以为潜在的高质量标准化数据的收集提供基础。

## 0.2.2 优化养老服务供需关系

**加强预防措施，延长自理和健康的时间。**老龄化对国家的整体经济和社会发展有很大的影响，很多经合组织国家意识到仅仅关注养老服务问题是解决问题的消极方法（国务院发展研究中心，2014）。在年轻时采取预防措施可以改善老年时的健康状况，有助于减少服务的需求和成本。除了个人层面的行为和生活方式的变化有助于老年健康生活之外，公共政策也发挥着重要作用。例如，加强在公共场合和私人空间的禁烟行动可能有助于减少慢性阻塞性肺疾病的流行，这种疾病是老年人中最普遍的负担很重的慢性病。城市和空间规划也可能影响老年人的生活状况和养老服务需求。

中国还可以应用自己从20世纪60年代到20世纪90年代中期的医疗卫生服务方面的经验。那时的国家政策强调为所有人提供基本初级医疗卫生服务，预防性的药物以及促进健康战略可以阻碍传染病的流行，提高人口的整体健康水平。现在，随着人口老龄化的快速发展，中国和其他发展中国家一样面临挑战，要应对不断增加的慢性病或者非传染性疾病带来的负担。预防服务和年轻时促进健康的效果越到老年越能显著体现出来，因此不断完善的预防措施的效果可能不会马上显现出来。但是，政府和公众都应该增强意识，认识到预防服务的重要性，积极参加促进健康老龄化活动。

**促进混合服务均衡发展。**政府的长期照护服务三级体系政策框架很好地强调了居家和社区养老服务的作用，但是目前的政策和资源分配却鼓励机构养老，而不是居家和社区养老服务（Feng et al. 2012）。因为政府政策设定的目标和相关投入息息相关，如对床位数量（有时候还有人员数量）的要求，目前中国新兴养老服务体系可能存在着隐患，即侧重机构养老，没有对居家养老给予最优待遇。诚然，建设相关设施和提供床位（实体基础设施）比提供居家和社区服务更容易一些。而且，由于养老机构是实实在在看得见的，而居家养老服务相对不容易直观呈现，故而地方政府可能会更看重前者。但是，把重心放在机构养老就忽视了大多数老年人对社区和居家服务的偏好。这可能是导致现有和新建的养老机构存在大量空置床位的因素之一——这是一种资源浪费，而这些资源本可以更好地用来支持老年人喜欢的居家养老或者社区养老。

我们需要一个更全面的国家战略和方法来赋予居家和社区养老优先权。首要目标应该是尽量让老年人能够独立地在自己家里生活，避免不必要的卫生保健（如潜在的可预防的住院治疗 and 急诊科就诊），避免或者延迟机构养老。根据国际经验，组织良好的居家护理比机构养老更节约成本。居家服务体系也可以满足老年人不断变化的需求，从而有助于控制长期照护服务的支出。

平衡长期照护服务体系和重新分配资源需要制定相关政策来评估个人层面、地方层面和国家层面的需求。该政策应该结合非正式和正式的居家和社区服务。政策制定者可以利用现有政策工具（如免税、补贴、其他的经济奖励），帮助建设平衡的反映老年人喜好的并且满足他们需求的服务组合。

但是，专业的居家和社区长期照护服务目前相对很少，并且主要存在于一些大城市（如上海）。尽管数量有限，这种基于社区或邻里的服务在支持老年人居家养老方面有很大的潜力。这些服务还可以包括上门服务和送餐等。可以将社区老年活动中心纳入提供本地养老支持服务的项目中。社区养老服务模式的进一步发展需要市、区、街道等各级政府机构的密切合作。

目前，中国的养老服务供应体系根据所有权的不同可以分成不同类型的服务提供者。这种混合供应体系需要严格的监管和质量控制，以监测不同的服务发展和供应的运营模式，如公办公营、公办民营、政府补贴的民办运营、政府补贴建设和运营成本、政府购买私人部门的服务。至于哪种模式可以产生最好的结果，仍然有待观察。

此外，能否得到良好的医疗服务也是老年人在选择养老服务机构时考虑的重要因素（第4章）。很多老年人会优先考虑是否有全职医生和及时的医疗服务。因此，靠近大型医疗机构的养老服务机构或者配备专业医疗服务人员的养老服务机构更受老年人欢迎。居家养老的老人最担心的就是在生病时没有人帮助自己（见第9章）。然而，中国现有的养老服务机构一般很少配备医生、护士和其他医疗保健人员。

## 0.2.3 养老服务融资

### 0.2.3.1 关键因素及国际经验

完备的融资体系是潜在服务需求成功转化为有效需求的先决条件。设计融资模式时，需考虑三个主要因素：（1）资金来源；（2）界定合格目标群体以及养老服务形式的相关规定；（3）与供给体系相联系的服务供给给付体系（见表0.4）。

表0.4 设计养老服务融资模式需考虑的因素

资金来源	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 以税收为基础（北欧国家）</li> <li>• 公共的、义务性的长期照护服务社会保险模式（德国、荷兰、卢森堡、日本和韩国）</li> <li>• 服务对象分担费用（普遍实行于那些养老服务体系各不相同的国家）</li> </ul>
合格目标群体	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 全民覆盖</li> <li>• 经济状况调查：通过严格的收入或资产调查来设定获得公共养老服务的经济门槛</li> <li>• 根据需求评估结果，设立需求层级</li> </ul>
服务形式	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 居家养老</li> <li>• 社区养老（日间照料中心）</li> <li>• 机构养老</li> </ul>
服务供给的支付	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 合格的服务对象：现金支付或提供服务、代金券</li> <li>• 服务提供者：根据提供的时间、服务或效果等进行支付</li> </ul>

资料来源：改编自Colombo et al（2011）。

欧洲各国的养老服务开支差异巨大。就医疗和社会服务的综合公共开支来看，丹麦的支出占其国内生产总值（GDP）总额的4.5%，而塞浦路斯仅为0.2%，各国平均支出比例为1.8%。仅就社会服务一项来看，各国支出也各不相同，从拉脱维亚的0.02%到荷兰的0.7%不等（European Commission, 2013, 基于《2012老龄化报告》的数据）。北欧和西欧国家的公共支出份额较高，相对于一般卫生服务和公共养老金体系来说，长期照护服务的花费相对较少。

经合组织成员国的融资方式差别极大。总的来说，各成员国养老服务资金一般主要来自普通税收、强制性社会保险金、自愿性的商业保险以及服务使用者的自费支付。一方面是单一性全民覆盖，通过单个体系为全民提供长期照护服务（如北欧国家实行的基于税收的模式；德国、荷兰、卢森堡、日本和韩国实行的公共长期照护服务保险模式；以及比利时实行的医疗保险内包含个人养老和护理服务的模式），而另一方面则是基于经济状况调查的安全保障计划，政府资助的长期照护服务面向贫困人口，如果想要享受该养老服务，则必须通过严格的收入或资产调查（如英国和美国）。

由于长期照护服务成本较高，如果没有某种形式的第三方资助，发达国家的大多数民众都无法承担，尤其是残障老人。因此，国家在养老融资方面发挥着重要的作用。然而，通过高税收来支付长期照护服务的费用也会受到来自于纳税人的一些限制。不管采用何种融资机制，所有实行全民公共长期照护服务计划的国家均要求服务接受者承担部分费用，尤其是养老机构的食宿费用（Colombo et al., 2011）。在实行共同付费的国家中，服务对象的购买能力通常会随着现金补贴或代金券的发放而增长，服务对象分担的费用（直接付给提供者的自费部分）的比例可以是固定的，也可以根据经济状况而定（穷人免费或者富人全款支付）。

服务使用者的个人支付是所有政府资助的养老体系的共同特征。在德国，个人支付占长期照护服务总花费的三分之一，斯洛文尼亚大约为26%，美国为22%（Kaiser Family Foundation, 2013），澳大利亚为17%（European Commission, 2014, 基于经合组织卫生数据库和各国资料）。最常见的形式是自费支付，而商业养老保险的形式并不常见，这是因为存在着一系列的限制因素，如逆向选择现象，即养老风险大的人才会购买保险，而风险小的人则不会购买，导致保险费越来越高。自费支付额度通常会设有上限，如英国颁发的《2014医疗服务法案》（Care Act 2014）为个人付费设立了上限（每年都会进行调整）。<sup>1</sup>个人经济承受能力的另外两个重要参数，一是其资产是否纳入分担额度的考虑之内，二是其亲属是否有义务提供经济资助。

在资格审定方面，实行经济状况调查和评估的国家（如英国、新西兰、美国等）仅向贫困人口（通常根据收入和资产来界定）或因高昂的医疗和养老费用而变穷的人提供公共福利。这一计划的理念是照顾老年人和残障人士的责任应当主要由个人和家庭承担，政府仅为没有能力承担该责任的人提供最终帮助。另外一些国家（如德国、

<sup>1</sup> Care Act 2014, <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents/enacted>

日本、荷兰、瑞典和韩国等）实行全民覆盖，其理念是政府应该首先确保所有残障人士有资格获得他们需要的长期照护服务，不管其经济状况如何。在这种体系中，社会连带关系受到极高的重视，长期照护服务权利与医疗服务权利同等重要。不管采用何种融资模式，要想享受公共福利，必须满足基于需求评估的特定残疾或失能标准。

在支付体系方面，对服务提供者的支付方式包括固定预算（协商而定）或者按服务项目付费（依时间单位、到访次数、服务套餐内容、护理强度等而定）。按服务结果或效果支付的方式虽然不太常见，但这种方式是基于以社会效益或服务质量来激励服务提供者的支付模式的一个基本特征。鉴于服务结果或效果难以测量，并且需避免逆向激励现象，将按结果支付与投入或过程指标结合起来的方式更为可取。在许多国家，政府资助的长期照护服务是面向公众提供服务，而不是发放现金补贴，但在德国、意大利、奥地利和其他一些国家也有明显的例外。长期照护服务的公共福利和补贴通常面向服务提供者，而不是直接发放给接受服务的人。

养老支出还取决于服务供给体系的效率。大多数国家将养老服务部分或全部外包给私人非营利或营利机构，但也有极个别国家依赖于公共服务。由于历史方面的原因，养老支出也取决于政府资助的养老服务形式，包括居家养老、社区养老和机构养老，不同形式的开支差异是较大。许多国家采取各种政策推进“去机构化”，致力于将现有的机构养老转变为居家或社区养老，因为机构养老要比居家或社区养老更为昂贵（Feiler et al., 2016）。为非正式照护者以及成本较低的居家和社区养老服务提供支持，可有助于控制养老支出。

目前，大多数经合组织成员国所面临的挑战是服务需求持续增长，但可动用的资金却逐步减少。由于人口结构和劳动力市场的不断变化，家庭成员提供的非正式养老服务已经行不通了。而同时，绝大多数残障人士和低收入老人没有能力负担长期照护服务的费用。一般的常规做法是将公共融资和私人资金结合起来，其基本原则是尽量由个人负担，如果个人没有负担能力，则由政府负担。

没有任何“杀手锏”可以确保长期照护服务的可持续性融资，每种不同的方式都有其各自的优缺点（见表0.5）。任何关于长期照护服务的探讨还必须考虑通过预防、康复以及对生活环境的适应调整等相关措施来调整需求方的养老服务需求（European Commission, 2014）。

### 0.2.3.2 对中国的启示

经合组织成员国的经验表明，历史原因导致长期照护服务公共融资的金额主要取决于社会对非正式养老的依赖程度。对养老服务需求和养老支出产生长期影响的因素包括：老年人与适龄劳动人口比例、疾病预防、医疗卫生的改善、家庭结构、女性劳动参与率，以及迁移模式等。

在中国，分配给长期照护服务的资金较少，这与中国政府的职能向“养老服务购买者和监管者”（相对于作为直接供应者或主要资助者）的转变有关。为进一步促进民

表 0.5 养老服务融资方式的优缺点

方式	优点	缺点
强制性社会保险（德国、韩国、日本）	人人有权领取福利 可承受自费额度 （如果基于收入）	受限的计税基础 福利发放僵化 隐性债务
基于税收的全民覆盖体系	计税基础较广	税收收入和福利之间无直接联系 福利分配的透明度较低 隐性债务
商业保险	理论上独立于公共预算	如果自愿购买： • 不稳定、低收入人群难以负担 • 逆向选择 （若强制购买，或许需要向低收入人群提供经济补贴）

资料来源：European Commission, 2014。

办养老服务业的发展，中国五大政府部门（包括中国人民银行、中国民政部、中国银行业监督管理委员会、中国证券监督管理委员会及中国保险监督管理委员会）于2016年3月宣布成立一个跨部门工作组，以发展新型融资渠道和保险产品。然而，几乎没有任何措施旨在解决个人长期照护服务的融资问题。

公共财政是建立覆盖面较广的服务市场的前提条件，所有有需求的客户都可以享受到服务，并且可以行使自己的选择权。在经合组织成员国中，长期照护服务建立在稳定的公共财政资源基础之上（或基于税收，或基于社会保险）。资金压力使得养老服务逐步调整，但保证优质服务具有广泛覆盖面的基本要素得以保持不变。要想改善中国养老服务的质量和覆盖面，必须建立可持续的高效公共融资体系。应设计并实施公共和个人共同支付体系。在中国，建立健全的公共融资体系所面临的一个重要问题是：政府各级部门之间融资责任的划分。

从短期来看，中国或许可以采用基于税收的体系，按需求（根据残障程度和资源来界定）来确定是否具有资格，但从长远的角度来说，基于社会保险的体系更为合适。特别是，中国或许希望首先建立一个基于经济状况评估的、覆盖面更广的公共长期照护服务融资体系，相对于现行的仅仅关注“三无”老人的体系来说，该体系的限制更少。接下来，政府应扩大安全保障网，以便覆盖更多需要长期照护服务的人群，使公共资源向他们倾斜。

中国养老服务体系通常通过经济补贴的公共支持形式来补偿服务提供者，将这种支持方式转变为通过竞标来购买服务，这样可以极大地提高养老服务体系效率，尤其是在公共支出方面。提高特定人群和贫困老年人的购买力可以起到两方面的作用：公平与效率。实际上，地方政府已经开始向个人发放少量津贴：现金或可享受服务的代金券。经济补贴主要针对特定人群，比如那些无须定期进行需求评估的孱弱孤寡老



人。尽管这些资金根本不足以支付大量的养老服务，但的确能够改善急需养老服务人群的经济状况。

在长期照护服务开支占GDP比例方面，应增加公共开支，使养老服务的质量得以提高，并扩大服务的覆盖范围。

## 0.2.4 建设监管体系，提高质量保证

### 0.2.4.1 国际经验及关键因素

养老服务市场的管理工作通常集中于政府部门，但不仅是正式的政府主管部门——需要所有的政府部门进行纵向（中央和地方）和横向（医疗卫生、社会政策、基础设施和经济）的协同合作，以建立完善的养老服务体系。除了政府和服务提供者，像长期照护服务这样的复杂体系还需要专门的支持结构来充当政策制定、政策实施的载体，这种支持结构由专门机构、学术研究者和商业关系沟通者组成（见第7章）。

简洁的监管框架是建立完善的养老服务体系的基础，框架中涵盖针对各个群体的规则 and 标准，不仅包括城市和农村地区的供给方和需求方，还包括所有需要养老服务的社会群体。依据监管框架，政府负责掌控政策目标的实现并控制公共开支。监管框架的核心内容包括：

- 服务提供者的资格审定，以确保服务提供者在管理和技术方面具有必备的能力和资源；
- 针对公共采购的规则和程序；
- 需求评估的资格规定和制度，以确定服务对象的定量和定性需求；
- 服务标准和质量保证；
- 不同类型护理人员的资格制度；
- 上报和监测制度。

在国际上，确保长期照护服务质量的最常见方式是监管，即确保想获得经营许可或得到政府资助的服务提供者必须达到政府机构设立的质量标准。在长期照护服务的质量保障方面，政府的监管作用至关重要，这是因为长期照护服务的消费者及其家庭大多有残疾或者非常弱势（包括身体上、精神上和/或社会交往方面），即使得到的服务未达到最佳标准，也没有能力更换服务提供者，也就不能脱离该服务提供者，因而无法促进服务质量的改善。此外，许多国家都存在供应不足问题，这意味着由于缺乏可供选择的服务提供者，即使消费者对他们获得的服务质量不满意，也难以更换服务提供者。

**服务提供者的资格审定。**大多数国家已经建立了服务提供者的资格审定程序，有些国家还为此设立了专门的政府机构（如英国和澳大利亚）。养老服务机构在专业和组织方面的能力和资源、职员和受助人比率、养老服务护理人员的技能要求等方面都必须达到政府规定的最低标准，并受到监管。定期检查（预定的或非预定的）也已成为惯例。

在美国，护理机构和居家护理机构的营业执照由各州批准颁发，但要想获得联邦资金支持，则必须符合联邦质量标准。联邦监管要求的涵盖范围非常广泛，包括投入、组织结构、服务功能、护理流程等诸多条款，例如护理流程中要求必须对护理机构老人和居家护理老人进行初始评估和定期评估（Centers for Medicare & Medicaid Services, 2015）。

在英国，服务提供者必须在国家医疗服务质量委员会进行登记，还需符合六个核心领域的最低质量标准（详见第7章）。医疗服务质量委员会还会对服务提供者进行检查，并通过改变年度检查的做法转向基于风险的审查方式，即区别对待评定等级不同的服务提供者，对有待改进或不合格的提供者的检查要多于良好或优秀等级的提供者。随着新的《医疗服务法案》分两步实施（2015年和2016年），这一监管框架在近期得以修订。

澳大利亚则要求入院的和居家护理服务提供者必须要通过养老服务标准和审定局<sup>2</sup>的正式认可，这也是获得公共资金的条件。这项规定共设有五项基本标准，包括管理体系、人员配置和组织发展、卫生服务和个人护理、被护理者的生活方式、自然环境和人身安全，每项标准都包括一些具体原则和预期结果。

在日本，入院和居家护理服务提供者的资格审定也是强制性的。每个县被授权进行服务提供者的资格认定，市级政府则负责监督和审查。认定的标准涉及人员配置、投诉处理程序、老年人保护、经营管理以及服务项目等方面（见第7章）。

**资格认定和需求评估。**监管的另一重要领域是确定哪些人群符合养老支持条件，以及怎样评估养老需求。通常的做法是国家政府确定规则和标准，授权地方政府、有关政府机构或者医生（全科医生）实施具体评估。

如前所述，在资格认定方面有两个基本选择：一个是面向所有人的全民体系，另一个是基于经济状况的调查和评估体系，只有低于规定收入水平的人才具有资格。除了收入水平外，评估还可以考虑残疾和功能障碍程度等因素。

**监督评价和质量保证。**实施有效监督和质量保证的一个前提条件是监管框架的构建和国家战略的制定；监管框架界定质量标准，国家战略设定目标以及可测量的指标。监督和评价的另一个前提条件是能够获得在全国范围内定期收集的可靠的数据，只有这样才能进行有效及时的监督。大多数国家遇到的常见问题是数据口径不一致。同时，还需要建立监督标准和统一的上报要求。

正如前文所提到的，社会服务方面的成效难以界定或衡量。除了康复服务之类的例外，大多数的长期照护服务旨在维持现状，减缓身体机能的衰退，而不是改善或治愈。所有地方政府都需要确定养老服务所要达到的成效。服务合同通常基于时间或任务，而不是基于成效，因而一般不采用物质手段激励服务提供者改善康复结果或提高

1 《2014年医疗服务法案》（Care Act 2014），<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents/enacted>。

2 <https://www.aacqa.gov.au/for-providers/accreditation-standards>。

服务使用者的独立性。实行基于成效考核的服务委托并非易事，一些地方政府需要提高其委托养老服务的相关技能和能力（Feiler et al., 2016）。

需要特别强调的是，如果公共财政制度不健全，无法对劣质服务进行处罚，那么服务质量就难以保证。此外，在新建项目、运营成本以及设施使用收费等方面向服务提供者给予经济补贴的资助方式并不可取，它不利于执行质量标准或建立公平竞争的市场环境。

#### 0.2.4.2 中国的现状和工作重点

**监管框架的正规化。**在中国，养老服务的监管框架仍处于初期阶段，但一直在不断发展和完善。目前，中国有三个系列的国家标准：《老年人居住建筑设计规范》（1999）、《老年人社会福利机构基本规范》（2001）、《养老护理员国家职业标准》（2002）。为进一步规范许可流程，民政部在2013年同时颁发了两项新规定：《养老机构设立许可办法》和《养老机构管理办法》。还有若干关于养老服务管理的国家标准正在筹划制定当中。这些国家标准作为总纲，使地方政府能够弹性建立可执行标准。2014年，民政部、商务部和其他几家政府部门联合发布名为《关于加强养老服务标准化工作的指导意见》的政策文件，文件中明确提出，到2020年，要基本建成涵盖机构、居家、社区养老服务的通用标准。

为调节、加强人力资源开发和认证标准，政府实行了《养老护理员国家职业标准》（2011年修订），其中要求最少要经过180小时的培训才能获得养老服务初级证书，并有机会获得更高级的证书。根据近期的一项调查（China Philanthropy Research Institute, 2015），目前共有300000多名正式养老护理人员从事养老服务，但只有不足三分之一的人具有正式的从业资格。鉴于近年来已有200000名人员曾参加过培训，很显然一些接受过培训的养老护理人员离开了这一行业。熟练护理人员的短缺是养老服务的一个关键性问题，包括初级职业护理员以及护士、营养师、康复治疗师、心理医生等专业技术人员。

《养老护理员国家职业标准》（2002）用于规范养老服务行业的人力资源。2013年有关部门又颁布了许可、管理服务提供者的相关法律规定，包括《养老机构设立许可办法》和《养老机构管理办法》。以这些国家标准为总则，地方政府进一步细化规则。例如，浙江、黑龙江、天津以及上海等省市均设有地方性质量标准和条例，以规范居家养老和机构养老服务（详见第7章）。

中国政府致力于建设全面的国家养老服务信息系统（2011），包括机构评价体系、消费者评价体系、服务质量监控和管理体系、机构定期检查查询、投诉管理体系和职业培训体系等。这一信息系统的核心要素是建立养老服务对象和服务人员需求数据库，以及标准化需求评估工具，即《老年人能力评估》。信息系统为各级政府监管养老服务行业提供数据及工具支持，并向公众提供相关信息。

**加强监控管理。**监控管理应当是确保中国养老服务质量的主要手段，在各地成功

经验的基础上采用更为统一的方法。在质量保证方面,近期的进展大多是省级和地市级政府根据中央政府的总体方针指导进行的,这种做法可以促进创新,为省市之间的互相学习提供机会,但同时也导致地区间差异过大,甚至有些地区存在标准制定和执行不利的现象。增强统一性可以加强国家质量保证制度建设并消除质量方面的地域差异。

然而,由于中国的长期照护服务仍处于初期发展阶段,过于严格的监管或许并不可取,原因主要有两点。首先,对于政策制定者来说,严格监管的经济代价过高。尤其是在当前环境下,政府的主要目标是尽快提高服务供给和服务能力,似乎无暇关注质量保证和监控工作(Feng et al., 2011)。其次,严格的监管可能会在无意间打击民营机构的积极性,不利于行业的发展。相反,镇一级政府应致力于提高现行监管工作的一致性和透明度,吸引投资者进入养老服务市场。然后,政府再逐步加强监管,提高执行力度。

在长期照护服务质量保障方面,从国际经验来看,特别强调建设标准化信息系统的重要性,该系统主要用于服务质量的测量、监控和改善工作。此类信息基础设施有利于发展以证据为基础的方法,从而有利于制定政策、改善服务质量并进行监控管理。这就对定期收集长期照护服务提供者和服务对象的相关高质量的信息提出了要求。

然而,在中国,养老服务机构的服务特点及质量的相关公开可用信息非常有限,不利于进行质量监控和帮助服务对象做出选择(Feng et al., 2014)。与其他国家一样,将收集机构养老服务提供者及其服务对象的相关信息作为出发点更为可行,随后再收集居家和社区养老服务提供者及其服务对象的相关数据。政府需要开发标准评估工具,对全国的养老服务提供者(包括机构养老以及居家和社区养老)进行评估。

同时,进一步开发并优化标准化的个人评估工具也非常重要,要对老年人进行定期评估,尤其是评估养老服务对象的身体机能和其他健康状况。民政部颁发的《老年人能力评估》方案以及一些省市实行的类似工具为标准化工具的进一步发展奠定了坚实的基础。2013年,全国老龄办等24部委联合下发了《关于进一步加强老年人优待工作的意见》,要求医疗卫生机构要为辖区内65周岁以上的常住老年人免费建立健康档案,每年至少提供1次免费体格检查和健康指导。这些举措加强了老年人的标准化评估,并为保证质量提供了有价值的信息。

鉴于养老服务专业人员的技能和素质对提供优质服务至关重要,因此支持养老服务职业化发展的相关政策将直接对服务质量产生深远的影响。有些省市资助养老服务培训项目并奖励长期从事养老服务业的人员。除此之外,进一步提高报酬(高薪酬和高福利)也将会吸引更多学历更高的人从事这一行业。这将改善这一行业从业人员的社会地位,反过来又会提升行业信誉,从而形成有利于养老服务专业人员健康发展的良性循环。

养老服务业的高报酬不仅会吸引更多人接受培训成为养老护理人员,也会吸引更多的临床从业人员从事养老服务工作。《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》(2013)出台后,各省对此做出响应并提交了省级报告,其中有14个省份都提出技术

熟练的养老护理人员短缺问题是当前养老服务行业面临的主要问题之一（中国公益研究院2015）。特别是临床从业人员的短缺问题，包括医务人员、熟练的护士、社会工作者、营养师、康复治疗师和心理咨询师等人员的短缺是养老服务机构面临的主要问题之一。居家和社区养老服务机构面临同样的挑战，大多数服务机构只能提供非技术性服务，如家政和送餐服务。

最后，中国政府可以更强有力地发挥“钱包的力量”，这种力量如果运用恰当，可以有效激励服务提供者遵从相关法规，改善服务质量。国际经验的综述表明，当公共资金有限时，政府几乎无法实施任何激励措施来加强监管工作，服务提供者也自然没有动力遵从政府的要求。在这种情况下，养老服务的质量保障面临挑战。因此，（随着养老服务行业公共融资的增加）中国政府投入的资金越多，也就越有能力保证服务质量并加强有效监督管理。

## 0.2.5 建立民营养老服务市场，改善“外包委托者—服务提供者”关系

### 0.2.5.1 关键因素及国际经验

在过去的几十年里，大多数经合组织成员国转向由非政府、民营组织来提供社会服务。多数欧洲国家已经具备了发达的社会经济行业（“第三产业”、非政府组织、慈善团体），甚至在一些国家这些组织已成为养老服务的主要提供者。在许多西欧国家，红十字会或者明爱组织提供了大量的机构和居家服务。在英国，慈善机构“英国老人”提供了大量的日间照料服务，而“安佳”（Anchor）等组织则提供庇护所服务。

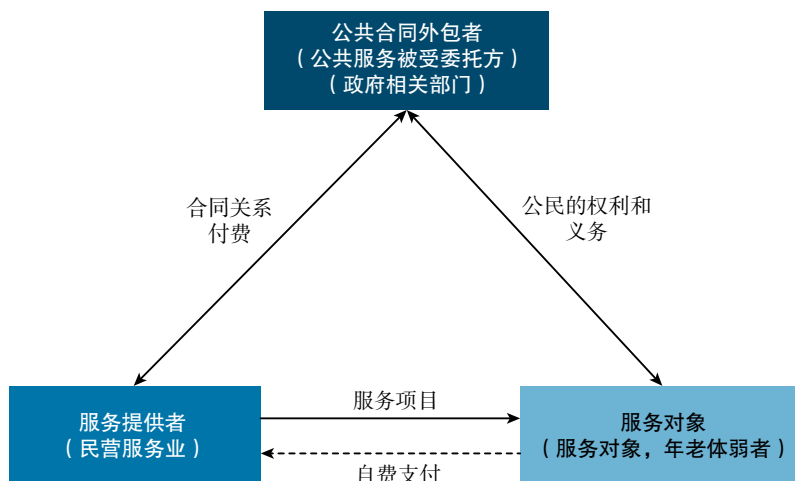
尽管如此，政府在政策设计、资金保障和监控服务实施等方面的作用也不容忽视。这一政府和民营参与者共担风险的新范式——常被称作“新型公共管理方式”（见第6章）——可以在诸多方面改善社会服务：加快服务供给体系创新，使其更有弹性，以及满足不同服务对象的不同需求，从而提升社会服务的成本效益。

服务供给外包开创了一个三角形准市场，涉及公共合同外包者、民营服务提供者和服务对象三者之间的关系（见图0.8）。与传统市场不同的是，这一市场在公共合同外包者和服务提供者之间存在一个界限，服务提供者既包括私立机构，也包括公共和非营利机构。公共合同外包者选择服务提供者，签订委托合同，而服务对象则自主选择服务提供者（或者至少可以就服务质量发表意见），从而形成市场竞争机制（Feiler et al., 2016）。

像养老服务行业这样的准市场面临的一个典型问题是市场不完善。公共合同外包者代表公民的利益，但同时又有着多重目标（如服务质量、成本控制等），同时并不掌握全部的信息。养老服务对象也常常缺乏足够的信息，几乎没有机会自主选择服务提供者。<sup>1</sup>如果是居家养老，自主选择和更换服务提供者较为可行，但若是机构养老，则

1 这一现象通常被称作“信息不对称”，很多实物市场也有这一特点（如卫生服务、二手汽车等）。

图0.8 养老服务业的服务供给三方关系：准市场



资料来源：作者。

不太可能，因为从一个养老机构搬到另一个机构极具挑战性。为了避免引起市场失灵的陷阱和风险，政府需要通过各种举措来规范市场，如制定委托（签订合同）条例、有关服务提供者的许可认定、设立服务标准、进行监督管理等（见第7章）。服务使用者有权择优选择服务提供者，甚至可以通过现金转移或代金券拥有服务购买能力（Le Grand, 2011; Feiler et al., 2016）。

灵活、透明的市场和有力的监管体系可以吸引新的服务提供者进入市场，同时可以促使好的服务机构进一步发展壮大，淘汰差的服务机构。不同类型的服务提供者（或大或小，或是营利性的或非营利性的）组成社会服务网络，从而确保城市居民和偏远农村居民的养老服务需求都可以得到满足。

政府实行服务委托的明确战略是采用一系列工具来界定养老服务供给体系的特征，并明确具体目标，包括质量改进、服务整合、创新方法、均等化服务供给、开支控制等（Feiler et al., 2016）。在这个准市场中，由于合作和竞争同样重要，因此还需要避免妥协现象的出现（见第6章）。社会服务的委托不仅涉及地方政府合同外包者和服务提供者之间的合作，还涉及各公共机构之间的合作，以形成一个囊括卫生和社会服务的综合服务连续体。

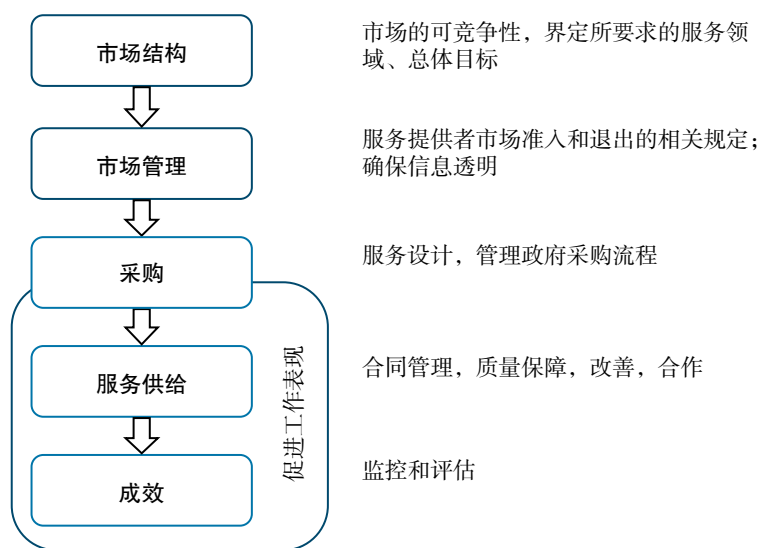
实施一系列的委托战略首先必须要不断发展自身能力。这一战略不仅仅包括政府采购，还包括市场的创建和界定、市场的管理和监控，以及提高整体服务水平等一系列工作。政府在各个阶段都应当采取行动。

#### 0.2.5.2 对中国现状的启示

中国可以参考借鉴相关服务委托研究成果，学习其他国家的经验教训，同时根据中国的独特文化和社会环境进行相应调整。应当顺应国际发展趋势，采用“新型公共

管理”方法，高效的服务供给取决于能否成功创建一个灵活透明的服务市场。市场的设计应当确保好的服务提供者获得相应的奖励，赋予其发展空间，而差的服务提供者须对劣质服务负责，最终退出市场。然而，对于长期照护服务这样重要的市场机制，必须要进行监管，要求政府监控并提供充足资金，以确保为民众提供充足的优质的养老服务。图0.9展示了政府委托战略的不同阶段，我们将在下文讨论在中国的应用情况。

图0.9 政府委托战略的不同阶段



资料来源：基于Gash et al. (2013)。

**市场结构。**市场结构设计是政府的一项核心工作，要公开讨论长期照护服务的总政策目标以及实现这些目标所必需的市场结构。正如2011年发布的《中国老龄事业发展“十二五”规划》中所强调的，政府旨在“建立应对人口老龄化战略体系基本框架，制定实施老龄事业中长期发展规划”，实现城市和农村地区的“基本养老保障全覆盖”。具体来说，长期照护服务应重点发展居家养老服务，鼓励家庭和社会志愿者参与到养老服务之中。“十二五”期间，政府计划新增各类养老床位342万张。为实现这些目标，实施优惠政策扶持民办养老机构。此外，政府将“研究制定政府为特殊困难老年人群购买服务的相关政策”。虽然这些规章制度为养老服务业构建了一个大框架，总体来说符合国家发展方向，但也几乎忽略了服务使用者的选择问题，并且公共资金主要流向市场的供给方。

**市场管理。**在这一背景下，中央政府必须进行市场管理来实现这些目标。但目前的现实情况仍远不尽如人意。例如，尽管重点是居家服务，但大部分的财政资源被用于提高机构服务能力（Feng et al., 2012）。另外，公共资金分配方式缺乏竞争机制，许多民营服务提供者不得不与资金充足的公办服务提供者进行不公平竞争（Wu et al.,

2009)。这些问题的出现是因为缺乏有力的政府监管，政府职责划分不清，从而影响了该行业的健康发展。

良好的管理富有挑战性，要求具备一系列的具体能力，包括了解政策环境和市场动态，具备金融和商业知识等。同时，有效监督要求政府具有较强的专业性，能够协调所有利益相关者之间的复杂互动关系。在长期照护服务市场中，政府部门委托非政府服务提供者向老年人提供各种服务，市场的成功取决于中央到地方的各级政府在各个委托阶段采取的专业性行动。政府必须面对这一挑战，加快实行所有相关政府机构的职责和工作转换。委托部门应该是专业性机构，负责人须接受过相关培训（Gash et al., 2013）。例如，英国建立了一个委托研究所，专门培训从事政策制定、公共服务供应构建、民众服务资源配置等工作的政府工作人员。

管理监督工作需要清晰地了解市场动态以及所有参与方，政府应该建立一个信息系统，收集养老需求方面的数据，并确保各地区数据收集的一致性。在资金配置和合理规划产能方面，政府不仅要了解当前需求，还需要预测将来的发展方向。此外，由于监管工作要求同时了解服务需求方和供应方，政府还需密切联系所有利益相关者，如使用者、各类服务的提供者以及当地主管部门等，以便更好地掌握市场动态，在做决策时综合考虑各方的不同观点（Gash et al., 2013）。

政府还应该为相关服务的消费者提供服务质量和价格方面的信息，帮助他们进行理性选择。德国、英国和美国等国家建立了一些评级网站，帮助老年人及其家庭选择合适的服务者。如果有不同的选择，这样的评价体系可以使消费者选择最好的服务者，从而发挥重要的市场作用。经验表明，用实际行动表态的消费者对服务质量有着积极的影响，特别是在居家养老市场。社会服务的最终目标是提升服务消费者的福利和满意度，因此消费者应该被视为健全市场的重要组成部分。

社会服务供给和公共监管的失败主要是因为问责机制的缺乏以及各参与者之间责任划分不明，因此中央政府应该明确各公共部门之间的任务分配。完备的问责机制应当包括监督管理和强制执行。英国的《社区服务法案》委托当地主管部门负责服务市场的正常运转。这种职权下放的做法使当地政府有机会与服务提供者进行合作，发展新的应对举措，如果成功，就可以加以推广，为改革创新提供发展空间。

应该根据当地需求，为委托机构提供充足的资金。如果服务委托者或提供者的预算压力过大，常常会导致服务水平恶化，缩小服务使用者的选择范围（Gash et al., 2013）。减小预算压力的一个办法是实行经济状况调查和评估，避免过多的公共资金流向经济状况较好的人群。中国香港的情况表明，如果政府为服务提供者（而不是使用者）提供经济补贴，那么将更难实现这一目标（Chui, 2011）。

尽管市场机制最终会使低劣的服务提供者退出市场，但仍然需要准入机制来保障服务使用者的健康和尊严。本书综述的几乎所有的服务体系都实行某种资格认证或准入许可制度，以维持最低服务水准。为确保长期合规性，应由中立机构监督服务提供者，向政府报告其不当行为。然而，监督工作应适度，让小型服务提供者也可以负担



得起 (Irish et al., 2009)。

**采购。**为公平竞争，政府必须明确采购方法，指导地方采购工作（国家发改委，2015）。尽管《中华人民共和国政府采购法》对规范长期照护服务的采购行为做出了规定，但现有立法含糊不清，不能为有力执法提供有效的法律依据。成功的公共采购要求建立合适的法律体系以保证其可持续性，各项条款必须透明并执行得当，确保最佳服务提供者能够提供最优质的服务。外包委托机构需提供足够的信息，加强与服务提供者之间的沟通，避免信息不对称现象。双方都需清楚地了解采购项目，提高采购效率，保证中标服务者的服务水平。此外，服务合同还应当包括激励措施，鼓励节约成本，提高效率和有效性 (Irish et al., 2009)。

如果中国政府希望改善服务质量，采购行为必须打破传统的以床位为单位的补贴建设和运营成本的这一惯例 (NDRC, 2015)。另外，公共采购常常过度关注价格，忽视质量，特别是对长期照护服务，服务质量更是难以衡量。然而，如果项目都承包给最低价投标商，就会导致不顾服务质量的价格竞争 (Gash et al., 2013)。长期照护服务体系的相关研究表明，外包委托者应采用多种方式将公共资金转移给服务提供者。目前，中国正不断努力扩大医疗保险的人口覆盖，外包委托者可以建立激励机制，促进养老机构范围内的服务和预防工作整合。美国的一个案例表明，这种整合性的服务在自由市场机制下经常难以发展，但却可以促进老年人的健康，节约卫生行业成本 (Grabowski, Caudry, Dean & Stevenson, 2015)。

**服务供给。**委托非政府组织提供养老服务涉及职责划分的问题，需要将政府保证优质服务的职责从服务供给中剥离出来，因此确保服务提供者具备必要的服务能力就显得尤为重要，这对政府来说也有一定的风险。这种内在的委托代理问题一般通过签订合同和引入竞争机制来解决，也不排除一些国家（如德国）与私营服务提供者建立合作伙伴关系，构筑信任关系的方式。尤其是非营利组织不追求“寻租”，与地方政府有着共同目标。然而，如果政府过多地参与非政府机构的日常管理工作，将不利于公开招标过程中的公平竞争。

鉴于民营非营利组织在中国的发展历史相对较短，这些机构通常缺乏专业性以及充足的资金。技术能力的匮乏是西方国家的养老服务提供者面临的共同问题，常常导致服务质量低劣，员工流失率过高。政府应该加大对这些机构的投资力度，激发他们的创新潜能，使其发展壮大，成为长期照护服务行业的有能力的独立合作伙伴 (NDRC, 2015; Teets & Jagusztyn, 2013)。在许多欧洲国家，政府通过规章制度加强与非营利机构之间的合作，并要求社会福利企业参与到服务供给的规划和设计工作中 (Irish et al., 2009)。

为了扩大服务范围，政府必须给予市场足够的激励，向服务提供者提供充足的资金并保证透明度，而服务提供者则至少要能够收回成本。低政府投入将导致服务使用费的增加。如果政府希望扩大养老服务的覆盖范围，为只能负担较低服务费用的不富裕人群提供养老服务，那么就必须提供充足的资金支持。只有强有力的财政激励措施

才能使政府充分发挥其杠杆作用，在服务使用费方面发挥作用。

**成效。**长期照护服务市场很容易出现市场失灵，尽管各国做出了极大的努力，但是还没有任何国家找到最佳解决方案。本书综述的所有养老服务体系都受到成本上涨过高问题的困扰，需要定期进行调整。发展非政府组织参与的服务市场必须要“从做中学”，同时不断加以调整、改善。然而，对长期照护服务的把握绝非易事。

为了达成预期成效，对长期照护服务体系的发展和绩效进行严密监控非常重要。在国际上，绩效衡量已从服务产出（如可用床位数量）转向服务成效。以英国为例，衡量指标包括使用者的生活质量、独立性和对服务的体验。对服务成效进行不间断的、独立的系统评估可以使政府了解服务提供者的表现，并帮助各地方政府消除不同地区之间的服务质量差异，从而客观评价地方的创新做法。及时方便地获取相关信息将有助于保证服务供给，并在需要时迅速采用行动。

## 0.2.6 服务整合——养老服务与卫生服务相结合

养老服务包含两个方面：医疗卫生服务和社会（长期照护）服务。确保医疗卫生和长期照护服务之间的合作和接续非常必要，这将有助于提高服务质量、改进患者体验，从而更具成本效益。

### 0.2.6.1 国际经验

在许多国家，不同项目或是在不同场所提供的各类服务之间缺乏统筹协调是医疗卫生服务和长期照护服务供给体系面临的共同挑战，这一现象存在于长期照护服务系统内部以及长期照护服务部门和医疗卫生服务部门之间。这使得老年人得到的服务严重分割，而这两种服务对老年人来说都是必需的。老年人服务以及福利的分割常常导致激励机制发生偏离，比如支付者和供应者之间的成本转移，从而使个人以及社会成本增加（见第8章）。

社会养老服务与卫生服务的结合特别具有挑战性，因为即便在许多国家两者之间的界限并不分明，医疗卫生服务体系也一直独立于长期照护服务的供给和监管。医疗卫生和社会服务通常处于完全不同的监管框架之下，有着不同的组织结构和专业人才队伍，不同的融资和支付模式。在少数实行公共长期照护服务社会保险的国家（德国、日本和韩国），长期照护服务保险的运转是独立于医疗保险体系的。

融合不同种类的护理服务是一项艰巨的任务，具体表现在以下几个方面：第一，必须要具备一定的服务项目和人力；第二，应该通过实体联系和信息链接以及财政激励等方式将这些服务项目联系起来；第三，必须确立系统规范的目标和价值观，以便加强这一重要系统工程的建设。

在许多经合组织成员国，服务协调在服务供给体系中逐步占据了支配地位（见第8章），这些国家通过实施一系列举措，将医疗卫生体系中各个层级的机构和专业人员协

调起来，强调以患者为中心的服务整合，管理基于供给体系的患者转诊，加强随访护理服务以及养老服务供给的连续性。

初级卫生保健是协调功能（包括把关作用）的主要驱动力，而服务协调通常以此理念为基础。这种模式是根据预期的人口医疗卫生需求来预测并调整服务方式，着重提高初级卫生服务的质量并充分发挥其作用。服务协调还需考虑不断变化的需求，如人口老龄化、慢性病的急剧增加、社区养老服务的明显加强、服务机构的纵向和横向整合（在实体上以及信息与通信领域中）等，从而形成连续的服务链，提供综合服务，并将初级卫生服务作为进入服务体系的起点。

经合组织成员国近期的经验表明，新兴的供给模式注重初级医疗卫生服务（作为“把关者”和“个案管理师”），明确服务提供者之间的联系，加强门诊诊疗和门诊手术治疗的专业发展，以减少对住院床位的需求。国际发展趋势是将目前由医院提供的医疗服务转向社区门诊中心或远程医疗诊所，信息与通信技术的快速发展推进了这一趋势（Leichsenring and Alaszewski, 2004）。一些东亚国家已经展开行动，逐步整合卫生和养老服务，具体如下：

- “韩国—东盟家庭护理计划”是以社区为基础的养老服务计划，该计划得到了国际助老会（HelpAge International）的支持。在韩国，志愿者参与的家庭护理模式取得了成功，以此为基础，其他东盟国家实行了这一计划，并根据本国情况做出了相应调整（Rok-Asean Cooperation Fund, 2013）。

- 文莱、日本和泰国实行或者计划实行“老年人团体”（或者“老年人社团”）计划，提供支持网络、卫生信息宣传以及健身活动（Kasim, 2013; UNFPA and HelpAge International, 2011）。

- 日本政府正致力于整合长期照护服务和医疗卫生服务，重点关注社区服务，并要求对全科医生进行评估，这是对长期护理进行分类的必要步骤。

- 在新加坡，整合服务机构（Agency for Integrated Care）成立于2009年，旨在整合初级、中期、长期护理并建立以患者为中心的服务体系。机构工作涉及各个方面包括患者、提供者和服务体系，并促进各级服务提供者协调其病患护理工作（AIC, 2015）。

- 泰国在26家地方医院试点实施了“家庭卫生服务”计划，目标群体为生活在家里的老人，为他们提供健康促进、治疗和康复等服务。泰国还试行了整合卫生和社会服务的模式——“曼谷7号模式”（Bangkok 7 Model）和“基于社区的卫生和社会福利整合服务”（Community-Based Integrated Services of Health Care and Social Welfare），涉及地方政府、志愿者和老年人之间的协作（详见HelpAge, 2015）。

#### 0.2.6.2 对中国现状的启示

服务的连续性是协调性服务的主要基本原则，但在这一方面目前中国仍处于发展初期。在三个层级的医疗卫生机构之间转诊受到限制，不利于保证健康状况管理的最佳绩效和成本效益。医院之间的收入竞争阻碍了医院和初级医疗卫生机构或其他医院

之间的服务协调，导致“分割式”服务行为，如缺乏转诊服务和随访服务等。初级医疗卫生服务提供者的服务质量低劣广为人知，导致患者纷纷涌向医院寻求治疗。<sup>1</sup>

在卫生行业，通过比较中国和经合组织成员国，另一个与服务协调密切相关的主要挑战是中国偏向于将更多的公共开支用于医院。<sup>2</sup>这一偏向性似乎仍在加剧，使得整个体系变得越来越“头重脚轻”，成本不断增加，而医疗服务产出却没有任何改善。尽管在城市和农村地区已增加了大量基层医疗机构和床位，但根据最近的政府数据显示，医院的门诊就诊和住院患者所占份额仍然在持续增长。特别值得关注的是，与费用较为低廉的一级和二级医院相比，昂贵的三级公立医院在门诊患者和住院患者方面的增长速度最快。2005年至今，床位与人口比已增长了56%，住院率几乎翻了一番。这种床位和住院率不断增加的发展趋势与国际趋势背道而驰：在经合组织成员国，随着各国转向更经济的门诊护理模式以及采用减少医院使用的新技术，床位与人口比和住院率已迅速下降。<sup>3</sup>

2009年启动的基本医疗改革是对医疗服务供给体系的重组，拟将现行的以医院为中心的模式转变为在系统内各级机构之间进行的服务管理的模式，从而使初级医疗卫生服务提供者在服务协调中发挥关键作用。医疗改革的三个关键要素包括：调整服务供给体系，重点关注初级医疗卫生服务和预防保健；改革卫生融资体系和激励机制；深化医院体制改革。

2015年，中国中央政府发布了《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见》。指导意见设立了一个宏伟目标，即到2020年，所有养老机构能够以不同形式为入住老年人提供医疗卫生服务，并概括了改革发展的重点任务，包括：建立健全医疗卫生机构和养老机构合作机制；支持养老机构开展医疗服务；推动医疗卫生服务延伸至社区、家庭；鼓励社会力量兴办医养结合机构；鼓励医疗卫生机构与养老服务融合发展；实施优惠税收和土地政策促进社会力量的发展；加强人才队伍建设。这些改革举措对于应对人口老龄化、慢性疾病日益沉重的负担、医疗卫生和养老服务日益增长的需求等挑战是非常必要的。如果成功，改革将引导中国坚定不移地继续前进，建立一个协调整合的服务供给体系。

然而，这些指导意见的实施依然面临着中央和地方层级在制度和运营方面的诸多挑战。例如，面临的一个主要问题是：目前大多数的养老服务机构几乎都无法提供医疗卫生服务。基础设施建设和提供必要设备很容易做到，难题在于招募合格的卫生专业人员（医生和非医生从业者）。由于没有足够的经济刺激或职业发展机会，从而使得卫生专业人员向非医院机构分流极其困难。另一个挑战涉及融资和监管。如前所述，社会服务和卫生服务通常由不同的政府部门监管，并且处于不同的保险或公共资金体

---

1 一项关于中国卫生服务供给的综述类研究认为，服务质量问题的一个关键因素是基层医疗机构缺乏合格的工作人员。

2 2010年，近50%的公共卫生支出用于医院。

3 2005—2010年间平均每次住院的费用增长了27%。

系之中。卫生服务和养老服务融资体系的相互协调是否有效，对各类服务的有机融合有着重要影响。

为了提高养老服务的服务质量和效率，必须缩小在服务协调方面的巨大差距——不仅在养老服务体系内部，还包括医疗卫生服务和养老服务体系之间的协调。为了保证服务在经济上的可负担性以及可持续性，养老服务业的发展应该与正在进行的卫生服务供给和使用方面的改革齐头并进、协同发展。同时，医疗改革应该考虑预期的人口结构变化，并且认识到老年人在人口中所占比例日益增高将会导致医疗服务需求的不断增加。

## 0.2.7 加强养老服务人员队伍建设

### 0.2.7.1 保持充足的长期照护服务人员是所有国家面临的共同挑战

充足的长期照护服务人员包括具备一系列技能和资格证书的工作人员及专业人员。在所有国家，绝大多数人员都是一线工作人员，要亲手帮助老人吃饭、穿衣、洗澡及如厕等基本日常生活活动。他们通常是女性，包括有资格证书的护士助理、家庭医疗保健助理、家庭或者个人护理员等。在大多数国家，从事养老服务的人员通常是仅经过简单培训的低技术工作人员。长期照护服务人员还包括长期照护服务机构的行政管理以及有执照的卫生专业人员，如注册护士、持照执业或职业护士、社会工作者、理疗师、职业治疗师以及医生助理等。这些有技术的专业人员人数相对较少，通常承担监督或管理工作，而不直接提供服务（Stone & Harahan, 2010）。仅在少数国家（如荷兰），医生直接参与长期照护护理服务（见第9章）。

许多国家长期面临着养老服务人员的短缺问题，尤其是缺乏受过良好训练的、有技术的人员。对长期照护服务部门来说，招募并留住直接护理人员尤为困难，其中的原因有很多，主要包括：严峻的工作环境、工资低、职业声望很低、几乎没有附加福利、职业选择和职业道路有限等。长期照护服务被视为没有前途的职业，这些工作的特点是高流动率、低保持率以及对工作的满意度低。劳动力市场面临的这些挑战在经合组织成员国非常普遍（Colombo et al., 2011）。尽管已经采取了许多政策措施以努力解决这些难题，但令人遗憾的是，几乎没有什么成功经验可以让其他国家借鉴学习。

技能的缺乏尤为紧迫。在竞争性的服务市场中，民营服务提供者面临着不仅要培养护理人员的技术和社会技能，还要发展先进的管理技能的挑战。社会服务市场的发展会促使志愿组织和非营利组织的不断专业化，遵守道德原则和指导方针，遵循行业标准，进行人员培训，向合作伙伴提供咨询服务，完善质量保证程序。然而，专业化发展进程是一项长期事业，不可能一蹴而就。

各国对正式养老护理人员的培训要求各不相同。在美国，联邦法律规定持照护工（护理助理）最少要接受75小时的正规培训或者通过资格考试，有些州还有额外的要求。欧洲国家的任职资格要求往往更高、范围更广。60%的欧洲国家要求个人和家庭

护理人员必须参加入职培训以及在职持续培训，25%的国家对家政服务人员有此要求（Feiler et al., 2016）。在泰国，要想获得正式的护理助理资格，必须完成3个月的培训课程。

从政策角度来说，解决长期照护服务部门长期存在的人员短缺问题的可能途径包括：建立并实施职业标准（职位描述），确保足够的薪酬，强制推行员工入职培训以及在职持续培训。可以采取改善工作条件，比如给以监督（指导），利用信息与通信技术工具来支持补充个人护理服务（如远程监护的使用）。在大多数的欧洲国家，报警系统非常普遍，GPS追踪和视频通讯已在许多养老服务机构中推广并得到认可。

#### 0.2.7.2 中国缺少受过良好训练的养老服务人员

中国缺少合格的长期照护服务人员，尤其是熟练护理人员极度短缺。尽管有关养老护理人员的国家职业标准已经颁发，民政部、劳动部和其他政府许可机构组织了正式培训项目，但这些标准在地方上的实际执行并不尽如人意，培训项目的效果也有限。结果造成较大的技能差距以及受过培训的护理人员的短缺，在农村地区这一问题更为严重。据估计，中国的养老服务业需要1000万名护理人员，其中大多数需在机构式养老服务部门工作。然而，到2015年，这一行业仅有100万名护理人员，其中只有2万名接受过官方培训（见第9章）。在中国，入院式养老服务机构的入住老人大约有310万人，护理人员的缺口估计已经达到了600万名（DRC, 2015）。

在城市地区，大多数熟练护理人员受雇于养老机构，而居家和社区养老服务主要由非专业人员提供。在农村地区，即使在养老院也没有多少熟练护理人员，更别说居家或社区养老服务部门了。农村地区的养老服务发展远远落后于城市地区，总的来说，家庭照护仍然是农村养老的主要方式。熟练护理人员集中于城市入院式养老机构的这一状况映射了卫生行业的一个同类现象，即医疗专业人员集中于国家级或较高级别的医院，而不是低级别的基层卫生机构。

中国的养老护理人员主要是中年女性，大部分来自农村地区，受教育程度较低，并且流动性很高（见第9章）。他们中很少有人接受过职业培训，因此只能从事家政、生活必需品采购、送餐、基本个人护理、陪同老人聊天等简单工作。他们中的大部分人没有接受过针对残疾和失能老人的专业护理培训。

此外，中国还缺少足够的合格社会工作者，他们在养老服务中起着关键作用。只有大城市的少数养老机构有社会工作者。另外，服务于养老机构的社会工作者往往非常年轻，尽管他们对工作很有激情，并且具有良好的理论知识储备，但大多数人都缺乏把理论知识转化为实用技能的能力（见第9章）。

在中国现有的养老服务机构中，几乎没有医生以及理疗师、职业治疗师、职业护士等医务工作者。医疗专业人员的缺乏严重地影响了急需医疗支持的养老服务机构的发展。虽然有些城市养老机构聘请了医疗专业人员，但居家式和社区式养老服务提供者以及农村养老院却只能主要依赖于当地非常有限的医疗资源。

### 0.2.7.3 阻碍养老服务人员进一步发展的不利因素

中国养老服务行业的一个主要问题是从业人员的收入低和缺乏工作保障。虽然地区差别较大，但护理人员的工资普遍很低，工作环境也很不稳定。只有65%的养老护理人员签订了正式劳动合同（见第9章）。在中国，家庭护理人员没有被涵盖在劳动力市场监管范围之内，因此他们不受劳动法的保护，而且也没有工会组织。

社会态度对于养老护理人员也很不利。在中国，他们的社会地位很低。养老护理人员的工作是照顾他人，而中国的传统观念认为这样的服务性工作很不体面。而且，照护老人的工作非常艰苦，尤其是照护失去生活自理能力的老人。

造成养老护理人员工资较低的部分原因是很难提高养老服务收费。由于大部分城镇退休人员的退休金很微薄（平均每月2000元人民币），他们对养老服务机构的收费非常敏感。有些人认为，公办养老服务机构不应该收费过高。为了维持社会稳定，地方政府也不愿意增加公共设施方面的养老服务收费。另外，由于供应量有限、服务项目较少，居家式和社区式养老服务在老年人中不太受欢迎，为了吸引更多的老年人，这些服务机构常常会降低收费，这也限制了养老护理人员的工资提升。

养老服务机构里的医务人员尤其要面对低收入和工作环境不稳定等不利因素。在养老机构工作的医生的收入仅仅是其在医院工作的同行的一半，而养老院护士的收入仅为其在医院工作的同行的三分之一（见第9章）。因此，养老机构对医生和持照护士往往没有什么吸引力。另外，在养老机构工作的医务人员还面临着职业发展空间受限、职业认同感和满足感较低等诸多问题。然而，有些公办养老服务机构能提供永久职位（因此更为稳定），甚至能解决户口，这提高了这一职业的社会地位，对专业技术人员很具吸引力。但是，几乎没有民营服务机构提供这样优惠的条件。

### 0.2.7.4 支持并加强养老服务人员队伍

为了解决养老服务业高素质工作人员匮乏的问题，当务之急是稳定养老服务人员队伍，并提高他们的社会地位。为稳定现有的养老服务人员队伍，中国的政策制定者应当着重寻求可持续发展方式，提高他们的收入，而地方政府必须提高养老护理人员的最低工资标准。另一个与劳动力相关的需求是户口改革，使更多的工作人员能够从低收入地区迁移到机会更多的城市，学习护理技能，为越来越多的老年人提供服务。

养老服务部门还需吸纳更多的医务人员和社会工作者。这一行业特别需要为护士建立一个好的工作环境，提高他们的收入水平，鼓励他们成为个案管理师以及养老机构的管理人员。退休医生和护士必须被赋予养老机构的管理工作职责，以适应养老服务业对专业技术人员的需求。

同时，对非正式照料人员也应给予支持。可以采取多种途径，如加强对家庭成员以及社区志愿者的专业指导、对提供养老服务的家庭成员和社区志愿者给予一定的经济补贴，加大对住家保姆和家政服务市场的监管力度。

### 0.2.7.5 增加教育培训投入

中国政府颁发的《中国老龄事业发展“十二五”规划》中明确规定，必须加快养老服务业人才培养，特别是养老护理员、老龄产业管理人员的培养。2011年，民政部发布了《全国民政人才中长期发展规划（2010—2020年）》，旨在增强人力资源。2014年，教育部、民政部和另外7个部委联合下发《关于加快推进养老服务业人才培养的意见》。

在地方上也实施了一系列举措，增加并改进培训项目。例如，河南省在一些大学和职业院校开设了培训课程，采用远程教育的方式进行培训。山东省政府要求所有的养老服务提供者必须对其员工进行培训。如果员工中获得证书者低于85%，服务提供者将不能获得政府补贴。在四川省泸州市，养老护理人员参加大学或技术学校提供的相关课程。宁夏石嘴山市在石嘴山社会福利院开设了养老服务培训项目，提供21天的培训课程，并颁发国家初级养老服务员证书。

加大新老员工的教育培训投入对于建立高素质劳动力队伍是必不可少的。需要加强养老护理人员的专业化培养，提升他们的社会地位，使其具备应对各种需求的基本技能，这些技能不仅包括护理技能，还包括社会关怀技能。为了实现这一目标，必须对养老服务的正规教育体系进行改革。需要对培训项目及培训学校进行有效性评估，并调整课程设置，将培训重点放在实践而非理论上，侧重于居家式和社区式老年人照护技能的训练。同时，教育培训质量在很大程度上取决于师资队伍，因此政府应该强化激励机制（尤其是经济激励措施），聘请高素质教师，传授相关知识和技能，培养训练有素的养老服务从业人员。

同时，必须向养老服务机构提供教育和技术支持，帮助他们提高服务质量，以达到既定的政府标准。需要对新建培训机构进行资助。加大对养老服务业人才培养的政策支持力度，持证从业必须强制执行。

医生和护士这样的专业人员也非常有必要学习老年医学以及其他特殊需求保健知识，以完善养老服务。特殊需求保健包括痴呆症护理、康复、与心理运动疗法相结合的精神和身体康复、健康管理中的中医疗法等领域。政府可以制定政策，允许公立医院的医生在私人诊所甚至家里提供医疗服务。大学、职业院校或者在线网络教育可以将这些针对护士、护理人员和其他专业人员的培训形式纳入他们的课程体系之中。

还需进行提高养老服务管理能力方面的培训。护理经理（Care Manager）在中国还是一个相对较新的概念。护理经理负责组织需求评估工作，协调卫生和其他各类服务，以便向老年人提供合适正确的服务产品。尽管许多养老服务机构还没有设立这一职位，但中国可以提前做好准备，现在就开始培养新一代的护理规划经理人才。

总之，加大职业养老护理人员教育培训的投入对于提供高效优质的服务至关重要。培训课程应基于实践，能够使受训人员获得正式的从业资格。注重合格并有经验的师资队伍建设。课程设置应更关注实践而非理论，侧重于居家式和社区式老年人照护技能的训练。要求必须对护理人员进行持续培训。要求进行特殊技能和素质方面的培训，



满足患有多种慢性病老人、老年痴呆症患者以及临终老人的需求。培训政策还应包括行政管理人员。最后，非正式养老护理人员也应该获得职业培训机会。

### 0.2.8 优先发展领域以及与其他重要改革的相互作用

随着中国进入中高收入国家的行列，政府资助养老服务业的社会契约逐渐形成。在中国，经济的发展和社会改革的进展（卫生和养老保险）使得民众对养老服务的期望值越来越高，要求养老服务质量和覆盖面要保持近年来的增长速度。然而，中国也不得不面对许多经合组织成员国曾经经历过的难题，即政府补贴的可持续性问题。如何应用国际经验建设高效、可持续的中国养老服务体系，养老服务的社会契约是关键。

与此相关的是，为老年人提供连续照护不应被视为另一个花费高昂的项目或者难以负担的福利计划。应积极看待老龄化现象：将其视为社会进步的标志，创造了新的机会，而不应该将其视为是社会危机。为老龄化社会做好准备，将有助于政府应对民众需求，同时还有助于塑造未来服务行业和服务市场的发展，使之成为国内消费的主要来源。

与全世界其他国家一样，中国大多数老年人更喜欢“原居安老”——尽可能住自己家里。中国的政策制定者应谨慎行事，避免刚刚兴起的长期照护服务体系出现机构式养老趋势。相反，应该利用现有的政策手段（如税收减免、财政补贴和其他的经济激励措施），促进居家、社区和机构养老服务的均衡发展，体现老年人的偏好，满足他们的需求。

政府应继续支持面向贫穷的年老体弱者的养老服务公共供给，但促进养老服务的最佳方式是整合公办和民营服务部门的资源及互补服务能力，建立一个健全的养老服务市场。政府还应继续鼓励民营部门的积极参与，同时增强自身管理能力，发展委托外包方和服务提供者之间的关系。

中国的养老服务行业正在迅速发展，但政府目前的监管有些不力。国际经验表明，养老服务的公共融资所占比例最低，服务提供者没有动力遵循政府要求，因此，养老服务的质量保障工作很有挑战性。（随着养老服务行业公共融资的增加）中国政府投入的资金越多，也就越有能力要求严格的质量保障并加强有效的监督管理。

中国仍处于养老服务业发展的初期阶段，确保养服务体系内部以及医疗服务和养老服务体系之间的服务协调和整合是一个关键因素。整合养老服务和以人为本的医疗服务，使服务对象处于核心地位，满足他们“原居安老”的愿望，帮助他们独立生活，并提高他们的生活质量。而目前的做法是服务提供者根据自己的利益需求，以最便利的方式提供养老服务，并不是从服务使用者角度出发进行考虑。从根本上改变这一做法有助于提高服务质量，改进患者体验，与目前的分割式养老服务体系相比，成本效益也更高。

目前，长期照护服务业中合格的专业人才短缺是中国面临的一个紧迫问题。大部

分一线护理人员培训不足，收入过低。然而，这并不是唯一的不利因素。建设信息化的现代长期照护服务供给体系需要有专业的临床和管理人员。中国的政策制定者应优先考虑发展教育和培训，建设一支职业化的长期照护服务人员队伍。

中国面临的另一个挑战是城乡之间长期存在的巨大差距和不平等，不论是在经济上还是社会方面。政策制定者需考虑城市和农村地区在养老服务供给和实施方面各自不同的特点。在城市地区，消费者的购买力较高，有更多的熟练员工以及更临近医疗资源，另外城市人口稠密也使服务供给具有规模效益。因此，在有利的政策体制下，城市地区可以发展切实可行的经营模式。相反，农村地区处于黄金年龄的人口大量外流，导致非正式和正式养老服务人员的丧失。购买力低下，再加上人口密度较低，使得农村地区的市场开发尤为艰巨。在农村地区，政府在养老服务融资和供给方面发挥着关键作用。政府应该着重支持那些创新性的、具有良好发展前景的并惠及更多有需求的老人的服务模式（而不是继续着重于资助那些为少数“五保”和“三无”老人设立的养老院）。农村地区所面临的困难的严峻程度取决于户口改革，若户口改革进展顺利，农村中许多家庭可能会全家迁往城市地区。如果四五十岁的农村中年人能带着他们的成年子女移居城市，那么将有助于他们在年老之后获得需要的养老服务。

尽管本报告综述的长期照护服务政策和实践方面的国际经验具有借鉴意义，但中国的政策制定者需要根据自己的国情来建设可行的养老服务供给体系，以适应本国的文化、社会经济、政治和卫生服务环境。由于几乎是从零开始，这一体系仍处于初期发展阶段，许多重要组成要素必须尽快构建发展，这对有限的资源可能产生竞争性需求。

在优先次序方面，本报告基于对养老问题的分析，提出三个关键的优先发展领域：

- 尽快加强政府的管理能力，发展与民营服务提供者的关系；
- 赋予消费者更多的权力，将政府补贴转向服务项目和服务使用者，而不是床位和服务提供者；
- 通过系统的、可持续的方式拓宽长期照护服务融资渠道。

中国的养老服务改革已经开始实施，随着社会经济的发展和与其他相关领域改革的推进，需要调整改革参数。紧密相关领域的发展趋势和改革成效——如财政资源的可获得性、养老保险金制度和医疗制度的改革方向、户口制度、女性劳动力市场参与等——将成为养老服务需求和非正式服务供给的关键决定因素。不同政策和改革领域之间的相互依赖也会对发展中的养老服务业产生影响，这些都需要予以考虑。具体来说，需要密切关注以下几个相关方面的改革：

- 中国的医疗卫生部门目前正进行着深刻的改革。改革的主要目标之一是把医疗资源和卫生保健设施从医院转移到社区诊所和卫生中心，从而加强初级医疗卫生提供者的服务能力。其他目标包括改革公立医院，鼓励民营部门进入卫生保健市场。更广泛地说，改革寻求重新调整医疗体系，使其成为以人为本的一体化服务模式（PCIC），以个人和家庭的健康需要进行安排。高效的、以人为本的一体化服务模式的基础是良

好的初级卫生保健体系，该体系通过正规联系与二级和三级医疗服务结合，通过健全良好的数据，在服务提供者之间、服务提供者和病人之间信息共享，让病人积极参与到自己的治疗当中。这些卫生部门的改革可以为养老服务部门创造机会，推动政府和服务提供者积极促进整合医疗卫生服务和长期照护服务，从而建设一种新模式。<sup>1</sup> 如果卫生保健供应改革的以人为本的一体化服务模式在中国获得成功，社区和居家养老将会成为整个综合服务链条的一部分。

- 中国正在改革其户籍制度。事实上，第十三个五年计划设定的目标是增加城市户籍人口的比例，从2014年的37%增加到2020年的45%。这意味着到2020年有1亿农村人口将会获得城市户口，从而享受到更多的社会福利。第十三个五年计划还计划在全国各地推动居住证方案的实施，使非户籍居民可以获得基本的公共服务覆盖。这些改革将会对养老服务的需求和供应产生深刻的影响，允许成年子女（非正式照料的主要提供者）把父母（和祖父母）接到自己居住的城市。农村地区的养老服务需求将会减少，城市地区将获得更多的非正式护理服务。城市社区社会支持服务也将会有需求，但是这些服务相对而言容易发展，因为城市地区集中了私人服务提供者，易于实现规模经营。在身体健康的时候，许多老年人被期待在家里照顾孙辈，这可能会增加他们与成年子女共同居住的可能性。

- 提高退休年龄已经是中国养老金改革日程关注的重要问题。在中国城市地区，公务员和正式部门的职工的年龄比较早，蓝领女性的退休年龄通常是50岁，白领女性是55岁，男性是60岁。50岁和55岁还是相当年轻的年纪，而通过申请在法定退休年龄的5年之前退休还有可能更早退休。本报告和其他研究的结果表明，早退休有助于照顾家中老人，而对照顾老人的预期可能是决定退休的一个原因。<sup>2</sup> 因此，如果女性（和某些男性）把照顾父母（和祖父母）当作自己的责任，那么鼓励增加工作年限可能会遭遇困难。满足养老需求并且使年龄较大的女性能更多地参与工作的一种办法或许是：训练那些积极性高、较年轻的退休人员成为养老服务提供者，让其照顾自己的父母和住在同一社区的其他老人。这可以通过社区服务中心或者其他方式进行安排。

## 参考文献

AIC (Agency for Integrated Care). 2015. "Singapore Programme for Integrated Care for the Elderly (SPICE)." <http://www.aic.sg/page.aspx?id=782>.

1 有关更多卫生部门改革的信息，特别是以人为本的一体化服务模式的信息，可参见 World Bank, 2016c。

2 实际上，焦点小组访谈结果表明，延迟退休常常遭到强烈反对，其中一个主要原因是延迟女性退休年龄不利于对老人和孙辈的照料。根据《中国青年报》的一项民意调查，94.5%的调查对象反对延迟退休，其中27%的人认为延迟退休会影响对老人和孙辈的照料（《中国青年报》，2013年8月29日）。Yang（2014）极力主张应首先逐步延迟女性的退休年龄，最终实现男女65岁同龄退休。她因这一观点而备受关注，但也因此遭到了媒体的尖锐批评。

- Cai, Fang, John Giles, Philip O'Keefe and Dewen Wang. 2012. "The Elderly and Old Age Support in Rural China: Challenges and Prospects" . Washington, DC: The World Bank (2012).
- Caixin Online. 2013. "Blues for Gray Hair: What's wrong with China's elder care section." March 6. <http://english.caixin.com/2013-06-03/100536498.html>.
- Cao, Yuling. 2014. "Analysis on Demands and Provision of Elderly Care Services in China—Based on Empirical Research in Dalian and Nantong" . *Population Journal*. (03).
- Centers for Medicare and Medicaid Services. 2015. "Nursing Home Data Compendium, 2015 Edition" . Baltimore: Centers for Medicare and Medicaid Services. [https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/Downloads/nursinghomedatacompendium\\_508-2015.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/Downloads/nursinghomedatacompendium_508-2015.pdf).
- Chawla, Mukesh; Betcherman, Gordon; Banerji, Arup. 2007. From Red to Gray: The "Third Transition" of Aging Populations in Eastern Europe and the Former Soviet Union. Washington, DC: World Bank.
- China Philanthropy Research Institute. 2015. "老年照护服务需求巨大，亟待政策完善与行动力." <http://www.pubchn.com/news/show.php?itemid=84761> Accessed 5-9-2015.
- Chow N. 2006. "The practice of filial piety and its impact on long-term care policies for elderly people in Asian Chinese communities." *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics* 1(1). pp:31-35.
- Chui, Ernest Wing-Tak. 2011. "Long-term care policy in Hong Kong: challenges and future directions." *Home Health Services Quarterly*, 30(3): 119 - 132. <http://doi.org/10.1080/01621424.2011.592413>.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F., 2011. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*: OECD Publishing.
- DRC (Development Research Center of the State Council), 2014. China's Elder Care System - Progress, Existing Problems and Reform Ideas. Search Department of Social Development. World Bank TCC5Project, April 2014.
- DRC (Development Research Center of the State Council), 2015. *Research on Government Procurement of Services from Social Organizations*.
- Ettner, Susan L. 1995. "The Impact of 'Parent Care' on Female Labor Supply Decisions." *Demography* 32(1): 63-80.
- European Commission. 2013. "Long-term care in ageing societies - Challenges and policy options." *Social Investment Package*. SWD 41 final.
- European Commission. 2014. "Peer Review in Slovenia: Long-term care - the problem of sustainable financing" .
- Feiler, Lizzi, Ulrich Hoerning, Drew von Glahn, Elena Glinskaya, Dewen Wang "Paying for Social Goods: Involving the Private and Non-Profit Sector in Delivery of Social Services" .
- Feng Zhanlian, Chang Liu, Xinping Guan and Vincent Mor. 2012. "China's rapidly aging population creates policy challenges in shaping a viable long-term care system." *Health Affairs* 31 (12): p:2764 - 2773. doi:10.1377/hlthaff.2012.0535.
- Feng, Z., Guan, X., Feng, X., Liu, C., Zhan, H., & Mor, V., 2014. Long-term care in China: Reining in market forces through regulatory oversight. In V. Mor, T. Leone & A. Maresso (Eds.), *Regulating long term care quality: An international comparison* (pp. 409 - 443). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Gash, Tom, Nehal Davison, Sam Sims, Louisa Hotson. 2013: "Making public service markets work." Institute for Government website [http://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/Making\\_public\\_service\\_markets\\_work\\_final\\_0.pdf](http://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/Making_public_service_markets_work_final_0.pdf).
- General Administration of Sport. various years. Notice of China Sport Lottery Issuing and Selling Data (中国体育彩票发行销售数据公告).

- Genet, Boerma, Koneman, Hutchinson, and Saltman. 2012. "Home Care across Europe." Geneva: World Health Organization.
- Giles, John, Xinxin Chen, Elena Glinskaya, and Yaohui Zhao. 2015. "Elder Parent Health, Informal Long-Term Care Arrangements and the Labor Supply of Adult Children: Evidence from China". Manuscript. Giles, John and Ren Mu. 2007. "Elderly Parent Health and the Migration Decision of Adult Children: Evidence from Rural China," *Demography* 44(2): 265–288.
- Giles, John, Elena Glinskaya, Xinxin Chen and Yaohui Zhao. 2016a. "What are the Current and Future Long-Term Care Needs of China's Aging Population," Background Paper, Development Research Group, The World Bank.
- Giles, John, Xinxin Chen and Yaohui Zhao. 2016b. "Elder Parent Health, Informal Long-Term Care Arrangements and the Labor Supply of Adult Children: Evidence from China," Background Paper, Development Research Group, The World Bank.
- Grabowski, Caudry, Dean, & Stevenson. 2015. "Integrated payment and delivery models offer opportunities and challenges for residential care facilities." *Health Affairs* 34(10): 1650 – 1656. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0330>.
- HelpAge. 2014. "Global Age Watch Report 2014." <http://www.helpage.org/resources/publications/http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en&newsId=2097&furtherNews=yes>.
- HelpAge International. 2015. "Care in Old Age in South East Asia and China", mimeo.
- Hu, Hongwei, Cai Xia, Shi Jing. 2010. "Research on Effective Rural Social Elderly Care Insurance Demands—A Comprehensive Investigation based on Insurance Willingness and Economic Capacities of Farmers." *Economic Survey* (6).
- ICAIA. 2014. "Understanding Nursing Homes in China: A Preliminary Research Presentation," International China Ageing Industry Association, Beijing. Presentation.
- Irish Leon, Lester Salamon, and Karla Simon. 2009. "Outsourcing Social Services to CSOs: Lessons from Abroad."
- Jacobs, Josephine C, Audrey Laporte, Courtney H. Van Houtven and Peter C. Coyte. 2014. "Caregiving Intensity and Retirement Status in Canada," *Social Science in Medicine* : 74–82.
- Jessica C. Teets and Marta Jagusztyn. 2013. "The Evolution of a Collaborative Governance Model: Public–Nonprofit Partnerships in China." [http://umdcipe.org/conferences/GovernmentCollaborationShanghai/Submitted\\_Papers/Teets\\_Jagusztyn\\_Paper.pdf](http://umdcipe.org/conferences/GovernmentCollaborationShanghai/Submitted_Papers/Teets_Jagusztyn_Paper.pdf).
- Kai Leichsenring and Andy Alaszewski. 2004. "Providing Integrated Health and Social Care for Older persons: a European Overview of Issues at Stake in European countries". *International Journal of Integrated Care* 4(4):317–319.
- Kaiser Family Foundation. 2013. "A short look at long-term care for seniors." *Journal of the American Medicaid Association* 310(8):786–787. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1733726>.
- Kasim, Leo. 2013. Making Ageing Population lead Active, Healthy Life, <http://www.bt.com.bn/news-national/2011/12/20/making-ageing-population-lead-active-healthy-life> (19 May 2013).
- Leichsenring, Kai and Andy M. Alaszewski (eds). 2004. Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons: A European Overview of Issues at Stake, Ashgate, Aldershot, Hampshire.
- Li et al. 1991. "National Population Aging Response Strategy Research Team". Research on LTC Service System. Hualing Press, 2014.

- Liu, Chang, Zhanlian Feng, Vincent Mor. 2014. "Case-mix and quality indicators in Chinese elder care homes: are there differences between government-owned and private-sector facilities?" *J Am Geriatr Soc* 62 (2):371-377.
- Liu, Lan, Xiaoyuan Dong and Xiaoying Zheng. 2010. "Parental Care and Married Women's Labor Supply in Urban China." *Feminist Economics* 16(3): 169-192.
- Lorenzini, Luca, David Morgan, and Yuki Murakami. 2015. "Public Expenditure Projections for Health and Long-Term Care for China Until 2030." OECD Health Working Papers No.84, OECD Publishing, Paris [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/public-expenditure-projections-for-health-and-long-term-care-for-china-until-2030\\_5jrs3c274vq3-en;jsessionid=2ixegr5kmjgkv.x-oecd-live-02](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/public-expenditure-projections-for-health-and-long-term-care-for-china-until-2030_5jrs3c274vq3-en;jsessionid=2ixegr5kmjgkv.x-oecd-live-02).
- Maurer-Fazio, Margaret. 2011. "Childcare, Eldercare, and Labor Force Participation of Married Women in Urban China, 1982-2000." *Journal of Human Resources*, 46(2): 261-294.
- Meng, Annika. 2011. "Informal Caregiving and the Retirement Decision," *German Economic Review* 13(3): 307-330.
- MOCA (Ministry of Civil Affairs of the PRC) . 2013. *China Civil Affairs Statistical Yearbook*. Beijing: China Statistics Press.
- MOCA. 2015. *China Civil Affairs Statistical Yearbook 2014*. Beijing: China Statistics Press.
- MOCA. 2016. "Statistical Communique on the Development of Social Services." (available at: <http://www.mca.gov.cn/article/sj/tjgb/201607/20160700001136.shtml>).
- MOCA. various years. Notice of China Welfare Lottery's Issuing and Selling Data.
- MOCA. 2013. *China Civil Affairs Statistical Yearbook*. Beijing: China Statistics Press.
- National Population Aging Response Strategy Research Team. *Research on LTC Service System*. Hualing Press, 2014.
- National Bureau of Statistics of China, 2006. *One percent population sample survey in 2005*. China Statistics Bureau, Beijing.
- NBS, 2011~2015, *China Social Statistics Yearbook (2010-2014)*, China Statistics Press, Beijing.
- NBS. 2015. *2014 Statistics Bulletin for National Economic & Social Development, 2015.2* [http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201502/t20150226\\_685799.html](http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201502/t20150226_685799.html).
- New Zealand Productivity Commission, August 2015, "More effective social services", see [www.productivity.govt.nz](http://www.productivity.govt.nz).
- OECD LEED. 2014. "China's Response to its Ageing Population." In: *Fostering Resilient Economies, Demographic Transitions in Local Labour Markets*. OECD LEED, p. 136ff. [http://www.oecd.org/cfe/leed/Fostering-Resilient-Economies\\_final\\_opt.pdf](http://www.oecd.org/cfe/leed/Fostering-Resilient-Economies_final_opt.pdf).
- OECD. 2015b. "Government at a Glance 2015." OECD Publishing, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/gov\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/gov_glance-2015-en).
- Phillips M., Liu H. and Zhang Y., 1999, "Suicide and Social Change in China", *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol. 23: 25-50.
- Rok-Asean Cooperation Fund. 2013. *Community-Based Home Care for Older People in South East Asia*, <http://www.helpage.org/download/4daefd047e0c2/> (26 April 2013).
- Smith, D. B., & Feng, Z. (2010). The accumulated challenges of long-term care. *Health Affairs*, 29(1), 29 - 34. doi:10.1377/hlthaff.2009.0507.

- Song, Y., Anderson, R. A., Corazzini, K. N., & Wu, B., 2014. Staff characteristics and care in Chinese nursing homes: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(4), 423–436.
- Stone, Robyn, and Mary F. Harahan. 2010. Improving the Long-Term Care Workforce Serving Older Adults. *Health Affairs*. January. vol. 29. no. 109–115.
- UK Department of Health. 2015. “The Adult Social Care Outcomes Framework 2014/15.” [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/263783/adult\\_social\\_care\\_framework.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/263783/adult_social_care_framework.pdf).
- UNFPA and HelpAge International. 2011. Overview of available policies and legislation. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Older\\_Persons\\_Report.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Older_Persons_Report.pdf).
- Van Houtven, Courtney, Norma Coe and Meghan Skira. 2013. “The Effect of Informal Care on Work and Wages,” *Journal of Health Economics* 32: 240–252.
- WHO Centre for Health Development (2004): A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons. Ageing and Health Technical Report, Volume 5.
- World Bank 2010. The Well-Being of China’s Rural Elderly and Old Age Support, Social Protection Group, June 29 2010, Human Development Unit, EASHD, World Bank, Washington DC.
- World Bank. 2016a. Economic Prospects. <http://www.worldbank.org/en/publication/global-economic-prospects>.
- World Bank. 2016b. Live Long and Prosper. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23133/9781464804694.pdf>.
- World Bank. 2016c, Deepening Health Reform in China Building High Quality and Value-Based Service Delivery” , joint report by the World Bank Group, World Health Organization, Ministry of Finance, National Health and Family Planning Commission, Ministry of Human Resources and Social Security.
- Wu, B., Carter, M. W., Goins, R. T., & Cheng, C. (2005). Emerging services for community-based long-term care in urban China: a systematic analysis of Shanghai’s community-based agencies. *J Aging Soc Policy*, 17(4), 37–60.
- Wu, B., Mao, Z.-F., & Zhong, R. (2009). Long-term care arrangements in rural China: review of recent developments. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(7), 472 – 7. <http://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.07.008>.
- Xu, Qingwen and Julian C. Chow. 2011. “Exploring the community-based service delivery model: Elderly care in China.” *International Social Work* 54 (3): p:374 – 387. doi:10.1177/0020872810396260.
- Yang, H. (2013). Challenges in the provision of community aged care in China. *Family Medicine and Community Health*, 1(2), 32–42.
- Yin, Shangjing, and Peng Du. 2012. “Research on Current Situation and Tendency of Elderly LTC Demands ” . *Population Journal* (02).
- Yu, Xinxun, 2014. Study on Marketized Operation Model of Elderly Service Industry in China and Its Standard (论我国养老服务业之市场化运营模式及其规范). *Journal of Sichuan University*.
- Yue K. 2005. “People of Chinese descent,” in Waxler-Morrison et al (eds.) *Cross-Cultural Caring Vancouver* UBC. Press. p.70.
- Zhan, Heying, Guangya Liu, Xiping Guan and Hong-guang Bai. 2006. “Recent developments in institutional elder care in China: changing concepts and attitudes.” *Journal of aging & social policy* 18 (2): p.85 – 108. doi:10.1300/J031v18n02\_06.
- Zheng, Zhenzhen; Feng, Ting; Lin, Bao, 2013. Ageing in China. Potential of Silver Economy of China. Institute of Population and Labor Economics. Chinese Academy of Social Sciences, Beijing, December 2013.

## 第1章

# 人口老龄化和长期照护服务需求

John Giles 葛蔼灵 赵耀辉 陈欣欣 胡雨青<sup>1</sup>

### 1.1 引言

中国的长期照护服务需求受到人口结构发展趋势的影响，也受到一系列的社会经济因素以及人口结构因素的影响。这些因素包括老年人的健康状况、居民的构成模式、非正式养老服务提供者的劳动参与率，以及潜在的养老服务提供者（成年子女）的迁移。

在中国，老年人的绝对数量以及患有功能障碍和认知障碍而需要照顾的群体数量巨大。2013年，几乎有1/4的年龄在60岁以上的老年人（大约4600万）患有功能或者认知障碍。其中，27.6%的人（1270万人）缺乏照顾。<sup>2</sup> 这一绝对数量说明目前的需求相当大，而且随着人口中老龄人口的比例急剧攀升，需求还将加大。联合国《世界人口展望》认为，到2050年中国13亿总人口中年龄在60岁以上的人口将达到5.78亿人。

为了更好地理解未来中国的长期照护服务需求，本章分析了影响长期照护服务需求的因素，描述了中国老年人的残疾模式、居住模式，以及养老服务供应对家庭成年子女劳动参与率的影响。本章的分析把中国的养老服务需求置于目前发生的显著的人口变化的背景中，考察非正式照料可以在多大程度上（以及在什么样的机会成本下）满足这种需求。本章讨论分析后认为，长期照护服务安排、城乡居民迁移政策、恰当的服务组合、需要家庭支出的长期照护服务开支迅速增加等因素都可能互相影响。主要数据来源于联合国《世界人口展望》和“中国健康与养老追踪调查（CHARLS）”（见专栏1.1）。

---

<sup>1</sup> John Giles，世界银行人类发展与公共服务团队、发展研究小组、首席经济学家，jgiles@worldbank.org。葛蔼灵（Elena Glinskaya），世界银行中国、蒙古和韩国局人类发展项目首席经济学家和主任。赵耀辉，北京大学国家发展研究院经济学教授，yaohuizhao@nsd.pku.edu.cn。陈欣欣，北京大学社会科学调查中心副研究员。胡雨青，世行顾问，hyq533@gmail.com。

<sup>2</sup> 根据联合国数据计算（2015）。



---

## 专栏 1.1 中国健康与养老追踪调查

“中国健康与养老追踪调查”（CHARLS）的数据代表45岁以上的人口以及与其共同居住者（不分年龄）。在调查中，主要受访者及其配偶回答关于教育、工作经历、收入和健康的问题。他们还回答关于自己家庭的问题，包括每个受访者的现有子女、父母及其配偶的父母的信息。

本章的样本来自于第一轮调查（2011），包括10117个家庭和17505个合格的受访者。第二轮的样本（2013）包括10822个家庭和18605位个人（Zhao et al., 2013）。

关于本调查的详细信息，请见：<http://charls.ccer.edu.cn/en>。

---

## 1.2 人口结构变化趋势

中国的人口结构转变速度之快，前所未有。英国和美国分别在1925年和1941年开始进入“老龄化社会”，60岁以上老人的赡养比率达到25经历了75年的时间。相反，中国在2000年就跨入了“老龄化”的门槛，其赡养比率达到25（在2030年）只需30年的时间（World Bank, 2016）。

预期寿命增长、总生育率急剧下降到1.5左右都导致了老龄人口赡养比率增加。联合国《世界人口展望》认为，这一比率在未来几十年还会以前所未有的速度继续增长。到2030年，预计中国将有25.3%的人口年龄在60岁以上，这几乎与经合组织国家的预计水平（27.5%）相当。此外，中国年龄在80岁以上的老人（“最老的老人”）的比例也会快速增长，预计将会从2015年的1.6%上升到2060年的11%，甚至超过区域平均值（从2015年的1.8%上升到2060年的9%）。由于“最老的老人”最需要长期照护，人口统计趋势预测表明，在未来40年将会有相当大的养老服务需求。

从地区分布来看，人口老龄化的发展趋势在中国的不同地区存在巨大的差异。东部沿海地区的老龄人口的数量和比例都高于中西部地区。2000年，上海、江苏和北京三省市（城市地区）的老龄人口比例最高，分别是15.0%、12.6%和12.5%（国家统计局，2001）。但是，2005年分布模式发生了变化，重庆、四川和上海（城市地区）的老龄人口比例最高。重庆、四川、湖北和安徽（城市地区）老龄人口的比例增长最快，主要原因是年轻人和中年人从中西部地区迁移到东部沿海地区（NBS，2006）。

总体来说，中国农村地区老龄化速度比城市地区要快。从1982年到2005年，农村地区60岁及以上的人口比例从7.8%上升到13.7%，城市地区从7.1%上升到12.1%。农村地区和城市地区的这种不平衡状况主要是因为人口从农村迁移到城市，而迁出人口通常比留在农村的要更加年轻（Cai and others, 2012）。最近的估算表明，2008年农村地区迁出人口的数量大约是2.254亿人，其中62.4%离开了自己的家乡（NBS，2009）。预计农村地区年轻人口的流出会继续使得农村“空心化”，只剩下老年人（Cai and others, 2012）。

## 1.3 老龄人口的残疾模式

在世界范围内，年龄特别大（超过80岁）的老龄人口是造成长期照护服务需求的原因，但这只是其中一部分，在80岁以下的老年人和成年人之中，对长期照护服务的需求在很大程度上受到功能和认知障碍的普遍性的影响。<sup>1</sup>在学术研究中，通用的方法是对日常生活活动能力（ADLs）和工具性日常生活活动能力（IADLs）设计问卷，对受访者的自评报告进行鉴定（见专栏1.2）。

---

### 专栏 1.2 失能评定

符合本章需要的、在学术研究中也普遍适用的做法是，根据一系列的问题来评定失能类型和相应的长期照护需求。这些问题取自“中国健康和养老追踪调查”，专门用于鉴定患有日常生活活动功能障碍者或者患有工具性日常生活活动认知功能障碍者。“中国健康和养老追踪调查”设计的日常生活活动问题如下：（1）穿衣，包括从衣橱中拿出衣服，穿上衣服，系扣子，扎皮带；（2）沐浴或者淋浴；（3）进食，包括切割食物；（4）上下床；（5）如厕，包括进出厕所。工具性日常生活活动的问题包括：（1）做家务；（2）准备热食；（3）采买杂货；（4）打电话；（5）吃药。

回答选项有：（1）不，我没有任何困难；（2）有困难，但是还可以做；（3）是，有困难，我需要帮助；（4）我做不了这些事。

报告自己有困难，需要帮助或者难以进行这些活动的人都被认定为潜在的需要照护服务的人。“中国健康和养老追踪调查”还询问每位照料日常生活活动和工具性日常生活活动失能者的人的身份。

---

日常生活活动能力和工具性日常生活活动能力的丧失无疑和年龄有着密切的关系。如图1.1所示，2011年在中国不同年龄段的生理功能障碍比率中，9%的65—69岁的妇女患有日常生活活动功能障碍，而年龄在80岁以上的人群中该比例达到了30%。

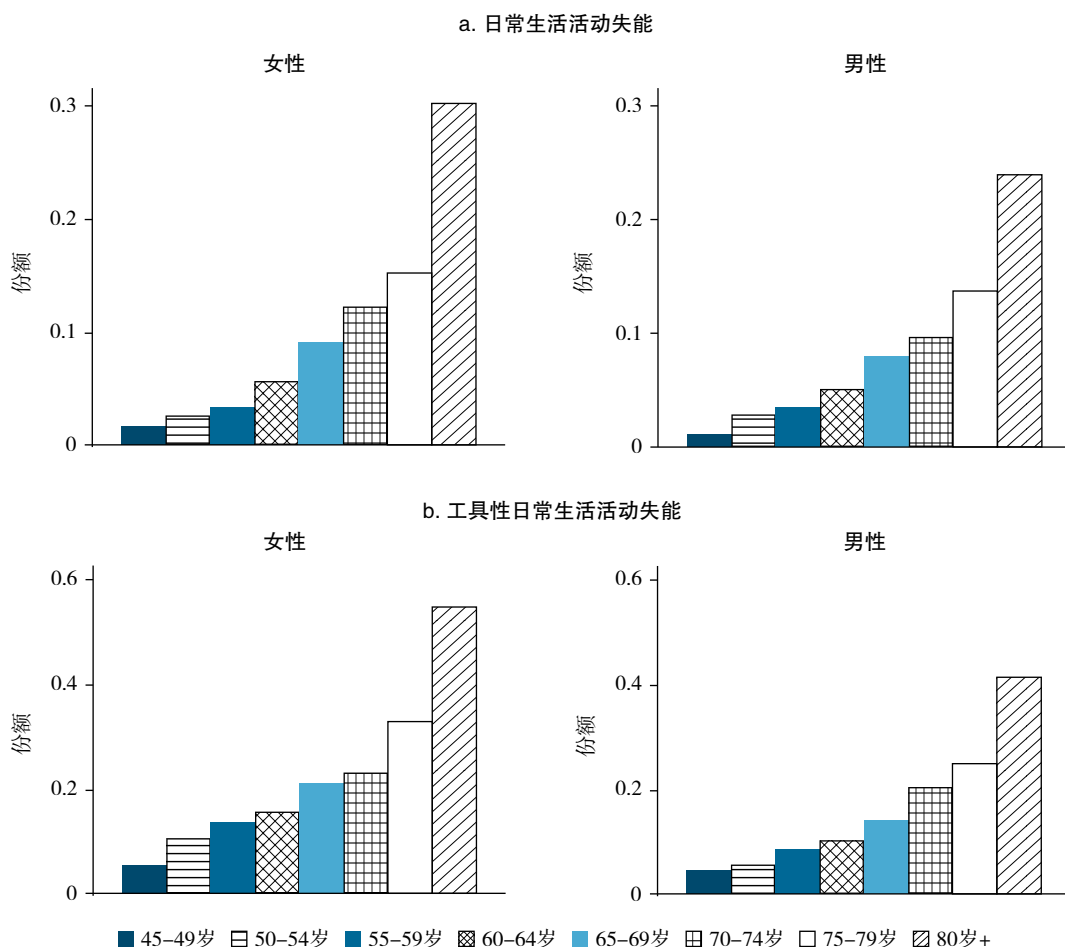
在65岁以上的每一个年龄组中，患有日常生活活动能力障碍的男性的比例均低于女性。随着年龄的增长，失能男性和女性的模式是相似的，但是对于超过80岁的人而言，性别差距变得相当明显，只有24%的男性患有功能障碍。

虽然性别差异在工具性日常生活活动失能和日常生活活动失能的表现中相似，并且随着年龄的增长通常更为显著，但在每个年龄段，男性和女性完成工具性日常生活活动所遇到的困难都比完成日常生活活动所遇到的困难更为显著。可能三个因素造成了这些差异。第一，老年男性的死亡率比女性高，可能是因为男性的寿命低于女性，没有活到发生认知障碍的年龄。第二，老年人的认知功能和年轻时接受的教育程度有密切关系。目前，中国老龄人口在受教育程度上的性别差异可能是造成认知功能障碍的性别差异的原因。我们注意到，目前在年轻人中，男性和女性的受教育程度基本相

---

<sup>1</sup> 老年人可分为健康和 unhealthy 两类。不健康的老人可能生病并且需要医疗护理，或者身体孱弱，需要长期照护服务。有些正在康复的老年人可能需要长期照护服务来帮助他们恢复健康。

图 1.1 中国按年龄段和性别划分的日常生活活动失能和工具性日常生活活动失能人群的情况



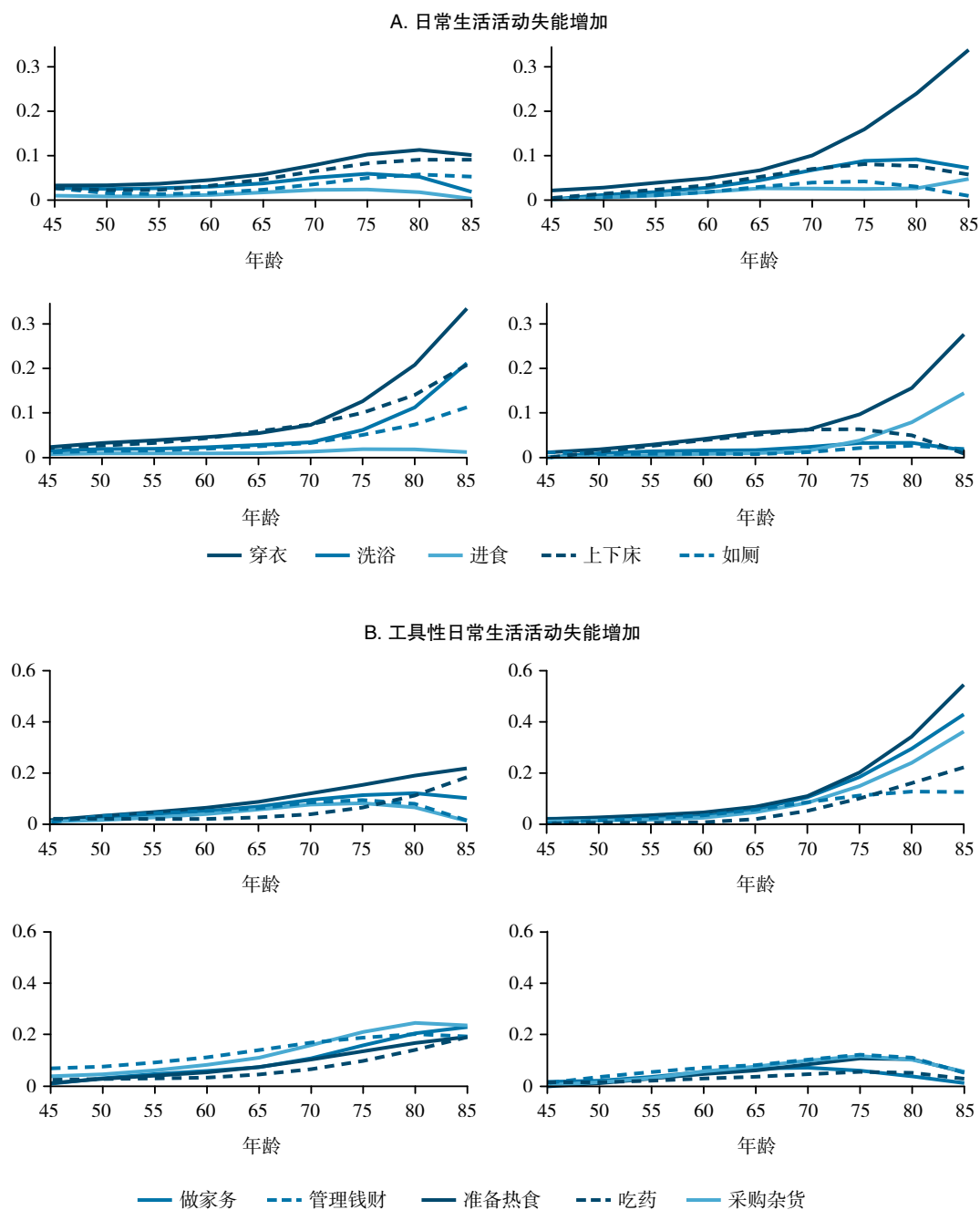
资料来源：Giles and Glinskaya (2016a)采用的数据来自2011年“中国健康和养老追踪调查”。

注：在没有帮助的情况下，如果不能进行下列活动：(1)穿衣；(2)洗浴；(3)进食；(4)上下床；(5)如厕，则被视为患有日常生活活动失能。在没有帮助的情况下，如果不能进行下列活动：(1)做家务；(2)准备热食；(3)采购杂货；(4)管理钱财，如支付账单、记录开支或者管理财产；(5)吃药，则被视为患有工具性日常生活活动失能。

同，这可能会降低未来老年人在这方面的性别差异。第三，女性退休年龄比男性早，这可能造成显著地认知能力的下降。对很多人来说，退休之后日常环境的刺激减少。此外，退休的预期也减少了在工作中使用脑力的那种动力。在中国的城市地区，蓝领女性的退休年龄是50岁，白领女性是55岁，而男性的退休年龄是60岁。虽然农业人口和非正式部门的工作者没有法定的退休年龄，但在这些部门工作的老年女性的比例也比男性要低。

中国老龄人口患有失能疾病的比率也随着年龄的增加而增加。根据2011年和2013年“中国健康和养老追踪调查”的数据，图1.2显示了在两年期间患有五种失能疾病之

图1.2 2011—2013年“中国健康与养老追踪调查”的受访对象的工具性日常生活活动失能增加的比例



注：在没有帮助的情况下，如果不能进行下列活动：(1)穿衣；(2)洗浴；(3)进食；(4)上下床；(5)如厕，则被视为患有日常生活活动失能。在没有帮助的情况下，如果不能进行下列活动：(1)做家务；(2)准备热食；(3)采购杂货；(4)管理钱财，如支付账单、记录开支或者管理财产；(5)吃药，则被视为患有工具性日常生活活动失能。

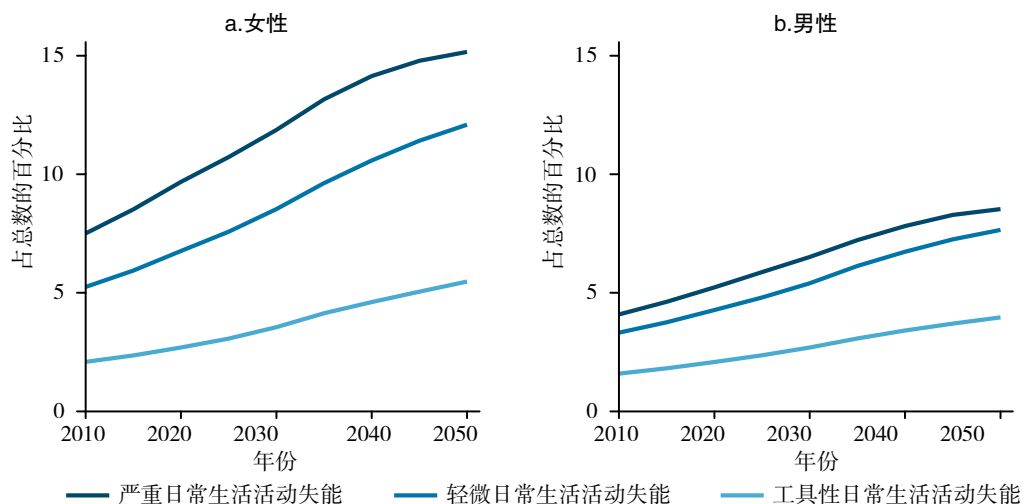
资料来源：Giles and Glinskaya (2016a)采用的数据来自2011年和2013年“中国健康和养老追踪调查”。

一的受访者的比例。类似的增长在所有年龄段都存在。很明显可以发现，到了75岁，在两年的时间里所有的亚群体患有五种生理功能障碍之一的平均增长率是10%（或者每年5%），虽然也有例外。

虽然女性在某个特别的时间点的失能率高于男性，但男性转为工具性日常生活活动失能的比率更高。这种增长在做热食、购物、做家务等方面特别明显，这种比率大幅增加很可能是因为目前老年人不同的性别角色所造成的。很多男性在实际生活中不做饭、不做家务，当其配偶无法完成上述事情时，男性才发现自己不会做这些事。鳏夫可能面临无法照顾自己的情况，但是配偶的生理和工具性功能的退化可能会产生严重的溢出效应，特别是对老年男性。

根据对45岁以上人口在未来40年失能比例的预测，人口老龄化会使患有日常生活活动以及工具性日常生活活动失能的老年人的比例增加。到2050年，假设不同年龄段（相差五年）内的人群的失能比例类似，图1.3展示了45岁以上人口在未来的失能比例，这一推测是根据目前的日常生活活动失能比例和工具性日常生活活动失能比例进行推算。对未来40年的预测表明，患有日常生活活动失能和工具性日常生活活动失能的老年人的比例将会继续增加，失能女性的增加数量和比例较高。到2050年，预计15%的年龄在45岁以上的女性将会至少患有轻微的日常生活活动失能，男性的比例是8%。

图 1.3 45 岁以上男性与女性日常生活活动失能和工具性日常生活活动失能情况预测



资料来源：2011年“中国健康与养老追踪调查”；联合国人口署，《世界人口展望》。

这些预测指出了变化趋势可能的发展方向，以及思考未来长期照护服务安排的重要性，虽然实际的失能状况可能有所不同。从实际的生育率和死亡率来看，人口和失能预测都面临着相当大的变数。日常生活活动失能和工具性日常生活活动失能的发病

率可能随着中国持续的发展和流行病学的转变而出现上升或者下降。<sup>1</sup>

受教育程度低的老年男性和女性的失能比例比接受过高中及以上教育的老年人的比例要高很多。这一差异反映了他们在营养、职业、卫生保健等方面的不同所产生的累积效应。失能与收入五等分位数（income quintile）的关系表现出类似的模式，这并不为奇，因为在老年阶段受教育水平和退休金收入以及其他收入高度相关。随着经济的发展和向服务经济转型，每个人都将会获得更好的营养，更多的人将从事对体力要求不太高的工作。显然，当从身体功能的角度衡量社会经济梯度时，上述因素可能会降低失能率。

年轻人的受教育程度更高、营养更好，这些因素可以降低失能率，但其患慢性病的风险更高，这也会带来相反的影响。如今，30多岁和40多岁年龄段的人的受教育程度更高，他们在儿童时期的营养更好，而且也不太可能从事体力劳动，所有这些因素都使得人们预测失能率可能会降低。但是，流行病学的转变——体现在从传染病到慢性病的发病率和死亡率的转变上——可能对失能产生相反的作用。由于寿命增加，在生命尽头可能会忍受慢性病折磨的老年人的比例更高。特别是，糖尿病和高血压的高发病率可能导致需要更多的长期照护服务。和其他更年轻的年龄段相比，在未来20年将要步入70岁和80岁的人群在中年时可能会面临更多的和慢性病相关的风险，因此在老年时也更容易遭受失能之苦。

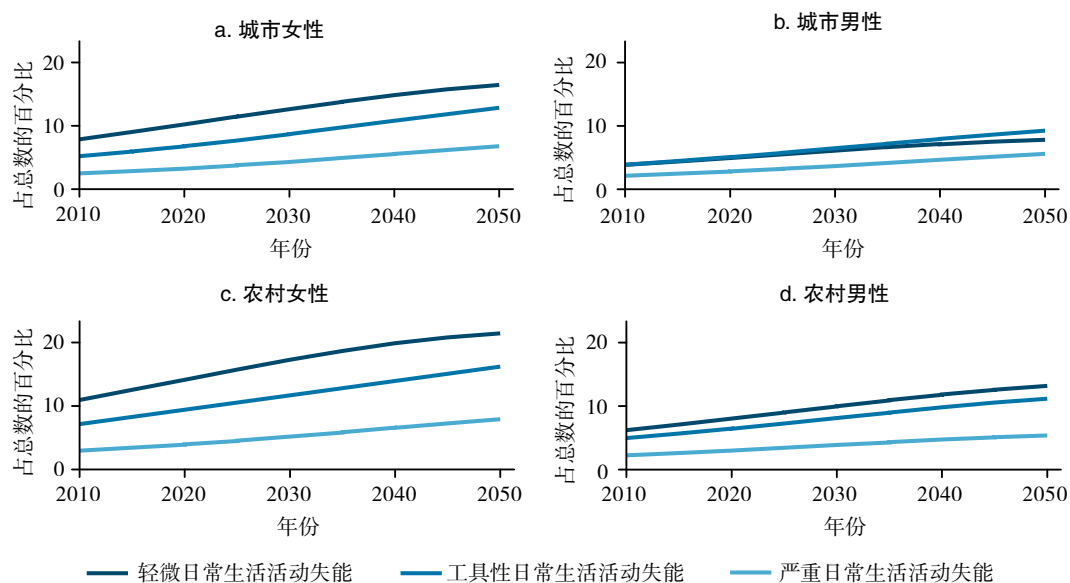
对中国城乡日常生活活动失能和工具性日常生活失能率的预测表明，农村人口失能率高，原因是人口老龄化速度较快（见图1.4）。到2050年，在45岁以上人口中，农村妇女的失能率可能是最高的（22%），与此相比，城市女性的比例是15%，城市男性是8%。这和最近Cai等人（2012）对老年赡养率的预测类似，该研究表明中国农村地区的赡养率可能比城市地区高很多。如果目前的迁移和城市化模式继续下去，农村地区的贫困老年人可能需要更多的长期服务需求。

在中国，心理健康方面的问题也明显增加。普遍认为在中国心理健康问题正在增加，但对其背后的驱动力还没有很好的解释，因为心理健康问题仍然是私密话题。世界卫生组织的《全球疾病负担研究》预测，心理疾病突出的情况将会持续增加，到2020年占中国所有疾病的17.4%，与2001年的预测相比增长了3%（WHO，2016）。这种趋势可以归因于若干个原因，包括家庭和传统的社会保障安全网的崩塌，越来越多的个人卷入有风险的经济活动，越来越大的工作压力和紧张情绪（Phillips et al., 1999）。

由于痴呆和老年痴呆病的流行，并伴随认知损伤，导致日常生活活动失能和工具性日常生活活动失能问题在中国也很突出（Li et al., 1991）。中国的痴呆和老年痴呆率与欧盟国家以及其他经济组织国家的数据类似（Dong et al., 2007）。中国没有痴呆发病率的官方数据，各种估计也常常不一致。因为缺乏通用的评估框架和方法论，25项流行病学研究的结论是：发病率从1985—1990年的约2.1%增长到2001—2004年的约4%（Dong et al., 2007）。

<sup>1</sup> 世界银行（2015）强调，长期预测不同于联合国《世界人口展望》的数据及其之后更新的数据。

图 1.4 对中国 45 岁以上人口患有日常生活活动失能和工具性日常生活失能的情况预测，按照性别以及城市、农村地区划分



注：(不同性别和区域群体)中(日常生活活动失能或者工具性日常生活活动失能者)的比例 × (每年总人口)中(每年各性别和区域群体)的比例。

资料来源：Giles et al. (2016a)采用的数据来自2011年“中国健康和养老追踪调查”；联合国人口署，《世界人口展望》。

## 1.4 非正式服务提供模式

在世界各地，大多数养老服务由家庭照料者在家里提供。同样，中国政府正在推进一种“90-7-3模式”，目标是90%的老年人在家里接受养老服务，7%的老年人接受以社区为基础的医院和卫生院的养老服务，3%的老年人在养老院接受养老服务。如同设想的那样，97%的需要养老服务的老年人需要家庭养老服务提供者的帮助，或者需要雇用非正式服务提供者。专业的养老院为需要长期的专业护理服务的老年人定制合适的服务，但是即使老年人住在养老机构，很多家庭成员还是会继续积极地提供服务。

目前，在家中照顾身体孱弱的老年人的工作主要由配偶和/或者成年子女承担。根据“中国健康与养老追踪调查”的数据进行估计，在日常生活起居方面接受照料的人中，2011年有90.1%，2013年有77%的人报告说他们的配偶、成年子女或者两者是服务提供者的主力。2011年和2013年不到百分之一的受访者报告说雇用养老服务工作人员为其服务(Giles et al., 2016b)。

在城市地区，照顾老年父母的女性比男性多。在农村地区，这一比例基本相当。如表1.1所示，在城市地区，年龄在45—49岁之间的女性(34%)比男性(28%)更容易提供养老服务。这值得引起关注，因为蓝领女性可能退休早，在45岁时就不再工作。在农

农村地区，男性和女性为各年龄段的父母提供养老服务的数据没有区别。因为农村地区大多数共同生活的夫妻一起在自己的土地上工作或者自己经营，很容易共同照顾老年父母。<sup>1</sup>

表 1.1 照顾年老的父母及配偶父母的发生率和花费的时间

年龄	年长的成人提供服务的比例				每周提供服务所花费的时间			
	城市		农村		城市		农村	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
总体	0.14	0.17	0.12	0.12	16.6	17.9	19.4	17.8
45—49	0.28	0.34	0.25	0.26	15.1	17.0	20.4	20.4
50—54	0.27	0.29	0.22	0.21	13.3	17.5	16.0	14.5
55—59	0.18	0.20	0.14	0.14	15.1	16.5	12.6	16.6
60—64	0.10	0.07	0.08	0.06	26.5	20.9	32.2	20.0
65+	0.03	0.02	0.03	0.02	23.8	32.9	24.7	14.9

注：根据家庭无回应调整对抽样进行了加权处理。

资料来源：Giles, Huang and Hu (2015) 采用的数据来自2011年“中国健康和养老追踪调查”。

照顾老年人的责任看起来由夫妻共同承担。如果丈夫和妻子都在照顾老人，那么在某些家庭照顾老人的时间和继续工作的时间是不冲突的。平均而言，城市男性和女性每周照顾老人的时间分别是16.6小时和17.9小时，而农村地区男性和女性所花费的时间分别是19.4小时和17.8小时。相对于照顾孙辈，照顾老年人所花费的时间更少，因为家中照顾孩子每周通常要花费40个小时。照顾老人和孙辈花费的时间不同，这说明老年人的需求可能还没有到让工作年龄的成年人放弃工作的程度。但是，当身体出现特别严重的问题时，老年家庭成员可能在白天也需要高于平均值的更多的照顾时间。

从照顾对象的性别来看，男性主要由配偶照顾，而女性——通常比其配偶活得长——更可能接受成年子女或者其他照顾者的照料。2011年，66%的年老体弱的城市男性和70%年老体弱的农村男性由配偶照顾，而年老体弱的女性中受到丈夫照料的比例在城市地区是45%，在农村地区是53%。到2013年，这些比例都有所下降，由“配偶和子女”或者其他照顾者替代。成年子女是养老服务提供者中的另一主力，但是他们对女性提供的帮助比对男性更加重要：2013年，分别有26%的女性和14%的男性只由成年子女的照顾。当配偶可能已经过了赚钱的黄金年龄，让成年子女提供养老服务可能会导致其远离就业和其他活动。

这表明，需要照料的老年人的数量和接受非正式服务的老年人的数量在增加，这种增加反映出服务的提供应是综合式的，而不是只有一个照料者。根据“中国健康与养老追踪调查”的两个数据点，接受照顾的发生率（the incidence of care receipt）从2011

<sup>1</sup> 照顾老年人的发生率没有照顾孙辈的发生率高。例如，Giles等（2016b）的研究成果附录中表A1表明，城市女性照顾孙辈的整体比例几乎是照顾老年人的两倍，这一差异在55—65岁的服务提供者中特别明显。此外，还存在更大和更明显的性别差距，因为女性更可能照看孙辈。

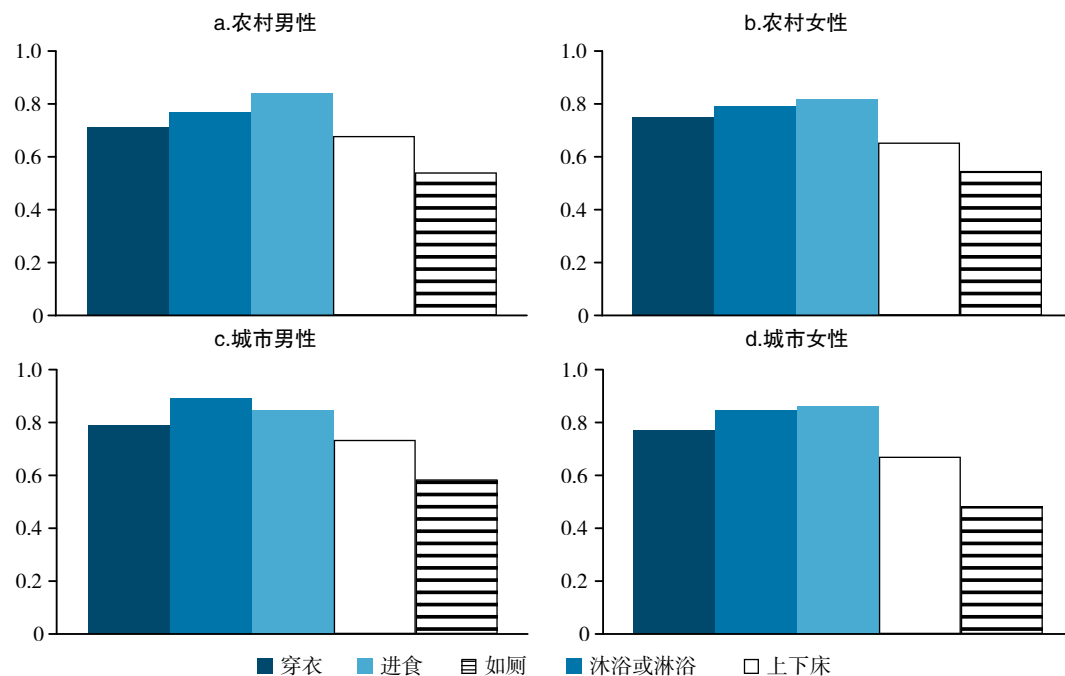


年的13%上升到2013年的18%。这种增加源于接受三个或三个以上的来源的照顾，这表明大家庭之间也可能会出钱出力照顾年老体弱的亲属。<sup>1</sup>

非正式养老服务不能满足所有年老体弱的老人的需求，洗澡沐浴时需要帮助的需求是最没有得到满足的部分（见图1.5和图1.6）。城乡男女如厕时需要帮助的需求都没有得到满足，这和年老以后共同居住模式的比例下降相一致：只有50%的需要帮助的城市女性和56%的需要帮助的城市男性报告自己得到了帮助，在农村地区，该比例分别是58%和52%。如厕时需要帮助的需求无法得到满足的发生率很高，表明这些老年人缺少伴侣，依赖于没有共同居住的子女和其他人的帮助，这可能不能充分满足老年人的所有需求。大约80%的患有某项日常生活活动失能的老年人报告说得到了帮助（需要帮助洗澡沐浴的城市女性除外，其比例只有60%）。

通常，工具性日常生活活动失能的老人的需求得不到满足的比例低于日常生活活动失能的老人（见图1.6）。吃药时缺乏帮助是工具性活动中最明显的未得到满足的需求，这可能反映了一个事实，即未共同居住的家庭成员或者邻居没有意识到老人需要这种类型的帮助。因为大多数其他活动可以花费较少的时间给予帮助，吃药似乎需要花费更多的时间来提供帮助。

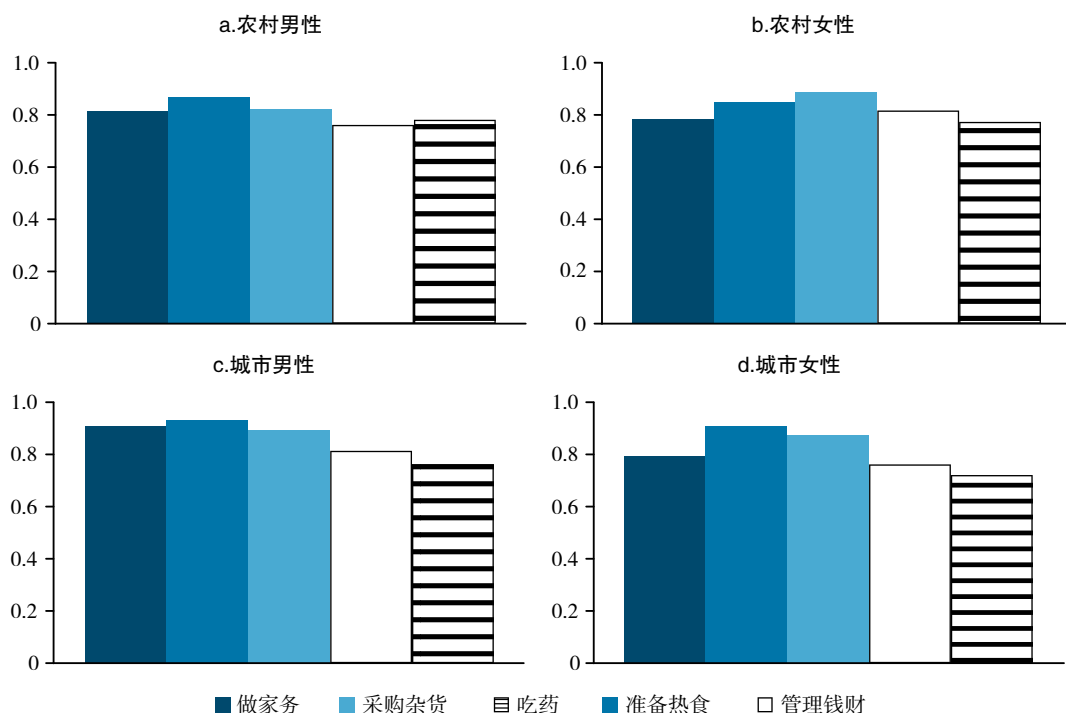
图1.5 2013年日常生活活动失能人口中获得照料的人口比例



资料来源：Giles等（2016a）采用的数据来自2013年“中国健康与养老追踪调查”。

1 “中国健康与养老追踪调查”询问了当地机构的自愿者和雇员，但是没有受访者（或者家庭）提及获得了这些机构的服务。

图1.6 2013年工具性日常生活活动失能人口中需要帮助的人口的比例



资料来源：Giles和Glinskaya（2016a）采用的数据来自2013年“中国健康与养老追踪调查”。

受照顾者的性别差异也值得我们注意。女性的需求更难以得到满足。几乎90%的需要帮助料理家务的城市男性获得了帮助，与之相比，城市女性的这一比例只有80%。和之前的模式类似，这突出了寿命比丈夫更长的女性在获得养老服务支持方面的差异，也突出了以社区为基础的能够为老年人的基本活动提供帮助的机构的潜在好处。

## 1.5 发展和人口统计数据变化

### 共同居住模式和迁移

中国的老年人长期和家庭成员共同居住，至少与一个成年子女共同居住，这种生活安排通常有利于互帮互助。在较为年轻时，健康的老人常常照顾孙辈，帮助料理家务。老人开始需要年轻人照顾的这一转变通常是逐渐发生的，而在80岁以前一般不需要照顾。轻微失能、不需要随时接受医疗服务的老人倾向于接受共同居住者或者居住在附近的成年子女的照顾，然后慢慢转向更为需要正式的照顾或者甚至是需要辅助生活设施的居住环境。

家庭结构的变化和经济的发展导致老年人原本可以轻松获得的来自于共同居住的

家庭成员的照料的逐渐减少。特别是发生了两个重要的转变。第一，年长的父母在较为年轻时（45—60岁）和成年子女共同居住的可能性增加，这反映了从父母到成年子女的暗中转移，成年子女比过去的年轻人承受了更高的房价成本。第二，对于年龄在65岁以上的父母来说，和成年子女共同居住的比例下降，20世纪80年代早期接近2/3，2011年则下降到大约2/5。这一比例的下降可能是因为过去30年来人口迁移不断增加，还因为城市子女更加注重隐私，而且父母也有能力分开居住。<sup>1</sup> 由于没有共同居住或者就近居住，成年子女不太可能熟悉自己父母的健康状况和照料需求。这些模式表明，由于生活安排发生了变化，以家庭为基础的对失能老人的非正式照料面临着压力。

持续的人口迁移和家庭规模的缩小都会减少成年子女和老年人共同居住或者就近居住的可能性。其他调查数据表明，现在很多老年人担心自己会没人照顾。2010年中国城乡老年人口抽样调查表明，39.8%的老年人担忧在需要时没人照顾自己，其中23.6%的老年人“有些担忧”，16.2%的人“非常担忧”。

成年子女的缺席可能威胁到提供工具性照顾（instrumental care）的能力，从而影响老年人的身心健康。此外，远离父母居住的子女可能不太了解父母的健康和经济需求，这也影响了老年人的幸福和健康。在泰国，成年子女的迁移和较高的老年抑郁症的发生率相关（Adhikari et al., 2011）。Antman（2015）的研究表明，那些有成年子女居住在美国的墨西哥老年人更有可能报告说自己身体不好，患有肥胖症，以及表现出抑郁症状。

对于那些计划迁移的人而言，为年老的父母提供长期照护服务会带来高昂的、潜在的、不断增加的机会成本。之前的研究发现了一些证据，说明年老的父母患上严重疾病会影响子女是否去外地工作的决定。例如，Giles 和 Mu（2007）用未来两年父母死亡率作为衡量目前患重病的方法，因为不久就会死亡意味着当下的疾病非常严重。他们发现，近期死亡率和人口迁移有相当大的负面效应。很多老年人在死亡之前可能有相当长时间的失能状态，因此回迁以照顾父母可能仅仅发生在年老的父母已经病重相当长时间之后。随着老年人活到80多岁的可能性的增加，失能时间超过一年或者两年的现象可能会变得更加普遍。

出生在城市的成年人可能发现自己很难为年老的父母提供足够的支持。据观察，与父母共同居住的比率下降本身并没有导致健康的老年人的身心健康状况下降。但是，如果父母一方身体变得虚弱，那么照顾老人的负担就会加重。在经合组织国家，随着生活安排的转变，出现了正式的提供长期照护服务的私立机构和公立机构。而所有的证据都表明，在中国这种变化没有和共同居住模式的变化保持同步。

### 非正式照顾者的工作

照顾年老的父母可能会对处于工作年龄的成年人的工作产生两种相反的影响：（1）提

---

1 这也和来自发展中国家的全球证据一致（Evans and Palacios, 2013），随着国家变得富裕，共同居住者的数量开始下降，各国富裕老年人共同居住的数量在下降（21世纪初的几年里，在所选取的61个发展中国家中，年龄超过60岁的最贫穷的1/5老年人与他人共同居住的中位数超过83%，但是在最富有的1/5老年人中，该比例下降到64%）。

供照料的时间负担和雇人服务的高成本可能会导致劳动力参与的减少和工作时间的减少；(2) 当提供养老服务伴随着开支上涨，特别是和健康相关的支出上涨时，“附加劳动者效应 (added worker effect)”<sup>1</sup> 可能会让人重返工作，或者甚至延长工作时间。

对45—65岁成人的劳动力供应和养老服务供应的关系的结构评估表明，这对农村男性和女性的劳动参与率有很大的负面影响，<sup>2</sup> 特别是：

- “中国健康与养老追踪调查”小组的证据表明，在控制了退休状况后，家庭中有65岁以上的父母或者配偶父母等情况和正在工作的农村男性工作率下降有关，下降率为5.9%；邻居或者家中有退休老人和正在工作的女性工作率下降有关，下降率为4.4%。

- “中国健康与养老追踪调查”小组的研究表明，有条件工作对城市和农村地区女性的工作时间都有负面影响。城市女性每照顾一位住在社区的年老的父母或者公婆，每周的工作时间就会减少2.9小时，而有工作的农村女性每周的工作时间则会减少3.4小时。

- 相反，当年老的父母或者配偶父母一方住在家里时，有工作的城市男性实际上每周会多工作5.9小时。

显然，如果仅仅从搬到家里共同居住的角度考虑，那么部分对劳动参与率有影响的因素则不会被观察到。如前所述，老年人和子女可能都喜欢分开居住，如果仅仅把重点放在住在家里老年人身上，则会错失部分影响因素。

例如，在农村地区，年老的父母对男性劳动力产生的负面影响只有在其住进家里以后才会明显显现。同时，这种现象表明，提供养老服务的决定和男性劳动力供应的决定是共同做出的。也许，当年老的父母住进儿子家里时，儿子在工作方面已经不太活跃。因为从事的是自我雇佣的劳动，特别是农业，在时间分配上具有灵活性，因此男性劳动参与率的下降可能反映了他们到城市和村里工作的能力下降。

在城市地区，年老的父母住进家里而男性劳动时间增加可能反映出“附加劳动者效应”，因为提供养老服务需要经济成本，或者另一种情况是，劳动力供应增加是因为年老的父母一方可能身体健康，可以帮助做家务。假定共同居住的父母一方的健康状况的变化对劳动力供应没有影响，城市男性工作时间的增加更有可能与退休父母帮助料理家务和照顾孩子有关。

对45—65岁女性的劳动力供应和养老服务提供的关系的结构评估表明，这对服务提供和农村地区女性劳动力供应有负面影响。Giles等(2016b)观察到，当同住的健康老年父母一方的健康状况好转时，农村女性的劳动参与率提高。特别是：

<sup>1</sup> “附加劳动者效应”通常指由于丈夫失去工作，其配偶的劳动力供应增加。Coile(2004)强调，在美国附加劳动者效应与健康支出的冲击相关。任何对家庭预算的冲击，包括年老的父母一方的健康冲击或者照顾孱弱的父母的成本，也会导致劳动力供应增加。

<sup>2</sup> 关于提供养老服务对劳动力供应的影响，本讨论总结了Giles等(2016b)的研究发现，为实证方法提供了更多细节。

- 当年老的父母一方的健康状况从坏变好，有11%的农村女性可能会从事劳动工作。
- 当年老的父母的健康状况从“坏”到“好”逐渐改善时，有条件工作的农村女性的劳动力供应每周将增加15.4小时。

这些研究发现与早先的研究发现是一致的，养老服务供应对女性劳动力供应有负面影响。一系列使用美国和欧洲的劳动力调查数据的研究表明，家庭养老伴随着工作时间的减少和/或者脱离劳动力的可能性更高（Ettner, 1995; Jacobs et al., 2014; Meng, 2011; Van Houtven, Coe, and Skira, 2013）。虽然最近有些关于中国的研究发现照顾老年人和女性的劳动参与率有负面联系（如Liu et al., 2010），但是其他研究发现了相反的效应，与附加劳动者效应一致：Maurer-Fazio等（2011）发现家庭中有年老在75岁以上的父母或者配偶父母时，正值盛年的女性成为劳动力的可能性增加。

与早前的研究相比，劳动力供应的负面效应的程度在某种程度上减少了，这可能是由于很多早期的研究可能不反映因果关系（例如Liu, Dong and Zheng, 2010）。大多数研究调查养老服务和劳动参与率的关系，不控制退休状况或者退休计划，这可能对决定的因果关系产生两个方面的重要影响。首先，相对年轻的正常的退休年纪可能让女性在年老的父母需要赡养之前就退出了工作。这可能在五年前就安排好了。其次，这些研究假设了对家庭中老年人的外部安排，但是合理的家庭策略可能是把有身体残疾的老年人和相对年轻的退休者安排在一起。综合考虑，这两个因素增加了可能性，即养老服务没有造成退出工作，但是中国鼓励女性早退休，这让她们成为养老服务提供者。

虽然城市女性早退休可能是对劳动市场参与率没有产生影响的原因，但是这并不意味着她们在提供养老服务时没有面临沉重的负担。城市女性的负担很明显，受到身体欠佳的父母影响，她们可能情绪低落抑郁，而且也影响了她们参加娱乐活动的时间。Giles等（2016b）在研究城市女性抑郁标准时（the CESD-10 z-score 流调中心抑郁量表标准分数）发现，当共同居住的父母一方健康状况从好变坏时，出现了0.5的标准偏差增长，当父母健康状况改善时，标准偏差降低了0.36。而且，父母健康状况的改善可能也会使其参加当地社交俱乐部的可能性增加23.5%，与当地朋友参与社交活动增加10%。显然，生病的年老的父母对城市男性的主观幸福感或者时间分配没有影响。

## 老年人的收入

与拥有健全的养老体系的国家相比，中国农村和城市地区的老年人的退休体系差别很大，晚年收入来源也不同。在城市，大多数常住居民在退休前有正式的工作，他们在相当年轻时退休，领取的养老金也相当多。相反，农村居民没有养老金，预期可能到老年时还要从事农业工作或者其他和农业相关的工作（Giles, Wang and Cai, 2012; Park et al., 2012）。大多数农村老年人只要身体允许就继续工作（Benjamin, Brandt and Fan, 2003），也就是我们都熟悉的农村老年人“工作到死”（Pang, Brauw and Rozelle, 2004）。而且，成年子女从农村迁移到城市不一定会减少劳动力供应：特别是，当其子女为了工作而迁移时，老年女性将重返劳动（Mu and van de Walle, 2011）。

新的农村居民养老金体系增加了老年人的收入，减少了贫困率。Zhan、Giles、Zhao（2014）用中国新型农村养老保险（简称“新农保”）的资格规则来衡量近年来没有养老金的农村居民领取中等水平的养老金的效果。这一分析清楚地表明，新农保和老年人的劳动收入以及整体收入的增加相关，也和贫困率的减少相关。在五岁以内的年龄段，“退休”的可能性或者领取养老金以后停止生产劳动的情况是乐观的，但是从数据上看并不显著。以五岁为年龄段，领取养老金者停止工作的可能性增加了26%。

即使有新农保的支持，而且其成年子女作为移民获得了工作，低收入老年人（包括公共转移支付的收入）仍然面临陷入贫困的危险。早期研究使用了20世纪90年代末期和21世纪早期的数据，表明有子女迁移的低收入老年人获得了足够的资金支持以脱离贫困，虽然有子女迁移的老年人面临着较高的收入转移的变量（Cai et al., 2012; Giles, Wang and Zhao, 2010）。但是，到2011年，“中国健康与养老追踪调查”的数据表明，农村低收入老年人不大可能领取到足够的养老金从而摆脱贫困（World Bank, 2015）。

## 1.6 制定养老服务政策的意义

预测的养老服务需求和非正式养老服务提供模式要求运用多种方法研究中国的长期照护服务供应。本章重点讨论长期照护服务安排和农村—城市迁移政策、合适的组合服务模式（居家养老、社区养老、机构养老）、家庭预算中迅速增长的长期照护服务支出之间的关系。考虑到民营长期照护服务的成本，长期照护服务安排和退休决定可能相互影响，很显然，随着中国人口老龄化的发展，公共资金有理由支持长期照护服务供应。但是，考虑到正式养老服务的成本，最优的服务组合会利用年轻的退休人员的内在动力，让他们为家中的老人和社区的老人提供养老服务。

农村和城市地区的失能模式表明需要寻求解决这两种地区的长期照护服务问题的方法，还要考虑人口迁移政策的作用。农村地区非正式服务缺乏的情况更为严重，这说明需要为农村老年人提供正式养老服务。一个补充方法是鼓励和支持全家整体迁移到城市。如果目前处于40岁和50年龄段的农村人口及其成年子女可以比较容易地迁移到城市，则将有助于他们在年老时得到照顾。因为存在在以下方面形成规模经济的可能性，如发展辅助生活设施和养老院、建立老年人日间照料正式机制以及提供居家养老支持，因此让老年人和子女共同迁移在将来可能会使为这些群体提供养老服务变得更加简单。

关于组合服务，大多数日常生活活动或者工具性日常生活活动失能的老年人可以从居家养老和社区养老模式中获得帮助。当日常生活活动或者工具性日常生活活动失能的老年人需要帮助时，邻居或者是社区工作人员可以提供帮助。对于没有家庭成员的老年人，邻居或者可靠的社区组织可以帮忙处理其财务问题，如预算、采购食品和家居用品，为这些老年人提供重要的且划算的帮助。

有证据表明，对大多数老年人及其家庭来说，雇人提供养老服务（居家和机构养老都如此）的费用十分高昂，因此这应该是提供长期照护服务的选择之一。最近的案例研究详细列举了具有代表性的长期照护服务机构的特点和成本，指出每月的费用范围是从公办机构的1110元人民币到民办机构的大约5000元人民币。贫困老人在由公共财政补贴的公办机构养老，与中国家庭的人均收入相比，正式的养老服务的成本相当高昂。即使在一家定价适中的公立机构养老，每月的住宿和服务费用也相当于45岁以上城市家庭人均收入的中位数。至于居家养老，综合网上招聘养老保姆的广告来看，从浙江到山东，住家保姆每月最低工资是2000元人民币，有一定技能的不住家保姆的月工资是4000多元人民币。此外，养老保姆的工作没有照顾孩子的工作吸引人，因此，在中国，在供不应求的劳动力市场上，很难留住照顾老人的保姆。

制定政策要考虑的另一个方面是退休年龄对长期照护服务供应的影响。如果女性（也有一部分男性）认为照顾孙辈和年老的父母是自己的责任，那么鼓励其延长工作时间在实际操作中将会比较困难。在焦点团体访谈和讨论中，提高退休年龄常常遭到强烈的反对，我们常听到的一个理由是提高女性的退休年龄会把照顾孙辈和年老的父母的事情复杂化。<sup>1</sup>但是，在同一社区内的家庭中，实际上用于提供养老服务的时间（如表1.1所示）似乎没有妨碍工作或者分担养老责任。

在中国的城市地区，公务员和在正式部门工作的人员的法定退休年龄较早，具体年龄根据性别和职业有所不同。如前所述，蓝领女性退休年龄是50岁，白领女性是55岁，男性60岁（像“教授”这类职业，女性的退休年龄也是60岁）。虽然50岁和55岁还算是相当年轻的年纪，但是仍然有可能更早退休。自20世纪90年代末期经济结构调整以来，劳动者可以申请提前退休，可以比法定退休年龄早5年。<sup>2</sup>根据“中国健康和养老追踪调查”，男性和女性在法定年龄前退休的情况都很显著。到51岁，有大约38%的城市女性领取养老金，只有40%的女性仍然在工作。有大约20%的城市男性在57岁时领取养老金，而男性劳动参与率从45岁时的80%下降到了57岁时的65%。

满足养老服务需求，提高老年女性劳动参与率的方法之一是培训积极性高、年轻的退休者成为养老服务提供者，为自己的父母和社区的其他老人提供服务。这可以通过社区中心或者其他扩展服务方式进行安排。Folbre（2012）以及其他研究者认为，如果女性发自内心想要积极地提供养老服务，那么鼓励她们从事其他工作将可能使养老服务质量和养老服务对象的幸福感大幅下降。为了减少提供养老服务的成本，Folbre建议中国可以为那些能够充分利用志愿者和从社区获得补贴的员工的积极性的机构来提供最好的环境。

1 根据《中国青年报》的调查，94.5%的被调查者反对提高退休年龄。其中，27%的人认为延迟退休会影响对老人和孙辈的照料（《中国青年报》，2013年8月29日）。Yang（2014）极力主张应首先逐步延迟女性的退休年龄，最终实现男女65岁同龄退休。她因这一观点而备受关注，但也因此遭到了社会媒体的尖锐批评。

2 在20世纪90年代末期的经济结构调整中，提前退休的初衷是让某些工人离开国有企业（Giles，2008）。但是，在实践中，这种做法并没有随着经济结构的调整而结束。

## 参考文献

- Adhikari, Ramesh, Aree Jampaklay and Aphichat Chamrathirong. 2011. "Impact of Children's Migration on Health and Health Care-Seeking Behavior of Elderly Left Behind," *BMC Public Health* 11:43.
- Antman, Francisca. 2015. "How Does International Migration Affect the Health of Elderly Parents Left Behind? Evidence from Mexico," mimeo, Department of Economics, University of Colorado.
- Benjamin, Dwayne, Loren Brandt, and Jia-Zhueng Fan. 2003. "Ceaseless Toil? Health and Labor Supply of the Elderly in Rural China." Unpublished manuscript. Department of Economics, University of Toronto.
- Cai, Fang, John Giles, Philip O'Keefe and Dewen Wang. 2012. "The Elderly and Old Age Support in Rural China: Challenges and Prospects" . Washington, DC: The World Bank.
- Coile, Courtney C. 2004. "Health Shocks and Couples' Labor Supply Decisions," NBER Working Paper No. 10810.
- Dong M.-J., Peng B., Lin X.-T., Zhao Y.-R., Wang R.-H. 2007. "The Prevalence of Dementia in the People's Republic of China: a systematic analysis of 1980-2004 studies" , *Age and Ageing*, Vol. 36, No 6: 619:24.
- Ettner, Susan L. 1995. "The Impact of 'Parent Care' on Female Labor Supply Decisions." *Demography* 32(1): 63-80.
- Folbre, Nancy. 2012. "Should Women Care Less? Intrinsic Motivation and Gender Inequality." *British Journal of Employment Relations* 50(4): 597-619.
- Giles, John, 2008. "Economic Restructuring and Retirement in Urban China," Working Papers, Center for Retirement Research at Boston College wp 2008-24, Center for Retirement Research.
- Giles, John and Ren Mu. 2007. "Elderly Parent Health and the Migration Decision of Adult Children: Evidence from Rural China," *Demography* 44(2): 265-288.
- Giles, John, Dewen Wang and Changbao Zhao. 2010. "Can China's Rural Elderly Count on Support from Adult Children? Implications of Rural-to-Urban Migration," *Journal of Population Ageing* 3(3): 183-204.
- Giles, John, Dewen Wang and Wei Cai. 2012. "The Labor Supply and Retirement Behavior of China's Older Workers and Elderly in Comparative Perspective," *Aging in Asia: Findings from New and Emerging Data Initiatives*, J.P. Smith and M. Majmundar (eds.) Washington, DC: The National Academies Press.
- Giles, John and Elena Glinskaya. 2016a. "What are the Current and Future Long-Term Care Needs of China's Aging Population," background paper, Development Research Group, The World Bank.
- Giles, John, Elena Glinskaya, Xinxin Chen and Yaohui Zhao. 2016b. "Elder Parent Health, Family-Based Long-Term Care Arrangements and the Labor Supply of Adult Children: Evidence from China," background paper, Development Research Group, The World Bank.
- Giles, John, Yang Huang and Yuqing Hu. 2015. "Formal and Informal Retirement in Aging East Asia," Background Paper, Development Research Group, The World Bank.
- Jacobs, Josephine C, Audrey Laporte, Courtney H. Van Houtven and Peter C. Coyte. 2014, Vol.102. "Caregiving Intensity and Retirement Status in Canada," *Social Science & Medicine* : 74-82.
- Lei, Xiaoyan, James P. Smith, Xiaoting Sun and Yaohui Zhao. 2014 . "Gender Differences in Cognition in China and Reasons for Change over Time: Evidence from CHARLS," IZA Discussion Paper 7536.
- Li et al. 2014 . "National Population Aging Response Strategy Research Team" . Research on LTC Service System. Hualing Press, 2014.



- Liu, Lan, Xiaoyuan Dong and Xiaoying Zheng. 2010. "Parental Care and Married Women's Labor Supply in Urban China." *Feminist Economics* 16(3): 169–192.
- Maurer-Fazio, Margaret. 2011. "Childcare, Eldercare, and Labor Force Participation of Married Women in Urban China, 1982–2000." *Journal of Human Resources*, 46(2): 261–294.
- Meng, Annika. 2011. "Informal Caregiving and the Retirement Decision," *German Economic Review* 13(3): 307–330.
- Mu, Ren and Dominique van de Walle. 2011. "Left Behind to Farm? Women's Labor Reallocation in Rural China," *Labour Economics* 18(S1): S83–S97.
- NBS (National Bureau of Statistics). 2001. *Tabulation on the 2000 population census of the People's Republic of China*. Beijing: China Statistical Press.
- . 2006. *Tabulation on the 2005 1% population census of the People's Republic of China*. Beijing: China Statistical Press.
- . 2009. Migrant Workers Monitoring Survey Report 2008.
- Pang, Lihua, Alan de Brauw, and Scott Rozelle. 2004. "Working Until You Drop: The Elderly of Rural China." *China Journal* 52:73 – 96.
- Park, Albert, Yan Shen, John Strauss and Yaohui Zhao. 2012. "Relying on Whom? Poverty and Consumption Financing of China's Elderly," in *Aging in Asia: Findings from New and Emerging Data Initiatives*, J.P. Smith and M. Majmundar (eds.) Washington, DC: The National Academies Press.
- Phillips, Michael R., Huaqing Liu, and Yanping Zhang. 1999. "Suicide and Social Change in China." *Culture, Medicine and Psychiatry* 23.1: 25 – 50.
- Rohwedder, Susann, and Robert Willis. 2010. "Mental Retirement." *Journal of Economic Perspectives*, 24(1): 119–138.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2015. *World Population Prospects: The 2015 Revision, DVD Edition*.
- Van Houtven, Courtney, Norma Coe and Meghan Skira. 2013. "The Effect of Informal Care on Work and Wages," *Journal of Health Economics* 32: 240–252.
- WHO. 2016. Global Health Estimates. [www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/).
- Yu, Xinxun. 2010. "Study on Marketized Operation Model of Elderly Service Industry in China and Its standard" (论我国养老服务业之市场化运营模式及其规范). *Journal of Sichuan University* (1): 13 – 20.
- World Bank. 2015. "Live Long and Prosper: Aging in East Asia and the Pacific." Washington: The World Bank.
- World Bank. 2016. *Live Long and Prosper*. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23133/9781464804694.pdf>.
- Zhang, Chuanchuan, John Giles and Yaohui Zhao. 2014. "A Policy Evaluation of China's New Rural Pension Program: Income, Poverty, Expenditure, Subjective Well-Being and Labor Supply" (in Chinese). *China Economic Quarterly* 14(1): 203–230.
- Zhao, Yaohui, John Strauss, Gonghuan Yang, John Giles, Peifeng Perry Hu, Yisong Hu, Xiaoyan Lei, et al. 2013. "China Health and Retirement Longitudinal Study: 2011–2012 National Baseline Survey User's Guide."

## 第2章

# 政策框架、战略与制度安排

王德文<sup>1</sup>

### 2.1 引言

在过去的十年里，为了应对前所未有的人口统计方面的变化，中国加快了制定养老服务体系的步伐。<sup>2</sup> 长期以来，中国一直是个年轻的国家，但是有两个因素大大加速了中国人口的转变进程。第一个因素是中国在20世纪70年代末实行的计划生育政策，这从根本上改变了中国家庭的结构，成为4-2-1类型。<sup>3</sup> 第二个因素是经济的快速发展。中国在20世纪80年代早期开始的改革开放带来了两位数的经济增长——实现了“中国经济奇迹”——大幅提高了人们的生活水平和健康状况，人们的身体更加健康，寿命也更长。

随着收入的增加，抚养孩子的机会成本将增加，生育率会随之下降。随着生育率下降以及寿命的延长，中国首先进入了2000年联合国所定义的“老龄化社会”。<sup>4</sup> 2015年，中国的年龄在60岁及以上的人口达到2.22亿，占总人口的16.1%，并且未来人口老龄化的步伐会进一步加快。中国在2023年将会成为“老龄社会”，2034年将会成为

---

1 王德文，世界银行社会保障与劳动部高级经济学家。

致谢：衷心感谢葛蕊灵（Elena Glinskaya，EACCF项目领导）的指导。作为团队成员，很高兴和她一起工作，为她领导的开拓型的项目（ASA）中国养老服务选择（Options for Aged Care in China）做出自己的贡献。非常感谢Philip O’Keefe（GSP02首席经济学家）和其他同行评审专家的意见和建议。此外，还要感谢Zhang Zhang帮助收集了相关的政策文件和资料。

2 在中国，政策文件提倡建立社会化的养老服务体系。有必要区分三个术语：养老支持（elderly support）、老年照护（elderly care）和养老服务（elderly services）。传统的“养老支持”概念包括收入支持和养老服务支持。“老年照护”指健康护理和社会关怀。“养老服务”的范围广泛得多，有服务行业的意思。本章的重点是养老护理体系。

3 此处指典型的家庭结构，四位祖父辈老人、父母双方，以及一个孩子。

4 如果一国60岁及以上的老年人口占总人口的比例分别达到7%、14%或者21%，联合国就把该国列入老龄化社会、老龄社会或者超高龄社会。

“超级老龄社会”。根据最新的联合国人口预测，中国的老龄人口抚养比将会持续上升，2015年该比例是14.2，2030年将上升到25.3，2050年将上升到46.7。

人口、经济和社会变化都导致了家庭规模的缩小，破坏了家庭在养老中的作用。人口普查数据表明，中国的家庭规模从1982年每个家庭平均4.4人下降到2010年的3.1人。中国有传统的孝道，即家庭赡养年老的父母，但是随着家庭规模不断下降，越来越成为“核心”家庭，可能很难让传统的家庭养老成为养老服务供应的支柱。在农村，大规模的国内迁移也影响了老年人和成年子女共同居住的模式（Cai et al., 2012），因为成年子女要外出打工挣钱。

目前，“空巢”家庭在农村和城市都相当普遍。第六次人口普查表明，空巢老人的数量在2010年达到了6200万，占老年人口总数的1/3。根据国家卫计委的报告，2015年这一比例上升到50%，即空巢老人占老年人口总数的一半（NHFPC, 2016）。该报告还指出，残疾和失能的老年人在2013年达到了3750万，2015年达到了4000万。“中国健康和养老追踪调查”收集的典型调查数据显示，大约60%—70%的老年人患有慢性病（中国健康与养老追踪调查研究团队，2013）。因此，随着家庭养老的支持变弱，提供足够的养老服务以满足老年人的需求，对中国社会构成了巨大的挑战。

在改革时代，中国首先实行的是社会保障制度（社会保险和社会救助）改革，支持和完善经济向市场经济转型。随着国企改革和城市改革的开始，20世纪90年代末期中国对城市职工实行的是与市场相适应的社会保障体系。城市职工社会保障制度建立之后，在2003年和2007年分别建立了农村居民医疗和养老保险制度，并且逐渐铺开，把没有城市职工社会保障的城市居民纳入保险范围。2015年，超过80%的劳动者拥有养老保险，总人口中有95%以上的人拥有医疗保险。此外，中国还制定了低保和其他社会救助制度，为包括经济困难的老年人在内的贫困人口提供收入和实物支持。

与社会保险制度相比，中国的养老服务体系建立的时间较晚，覆盖面也非常有限。从历史上看，长期以来中国的社会福利制度针对的一直是少部分老年人：城市的“三无”人员、农村地区的“五保户”。最近，中国政府加快建立政府支持下的综合养老服务体系，优先目标是贫困人口、失能以及半失能老年人。“十二五”期间，中国制定了发展规划，修订了法律法规，以促进养老服务体系的建设。根据相关的政策文件，养老服务体系将会有三个组成部分：以居家养老为主，以社区养老为辅，以机构养老为补充。<sup>1</sup>政府还制定了大量政策措施来引导养老服务业的发展，利用民营部门来鼓励整合老年人的医疗和社会服务。但是，当前政策干预主要侧重供给方，通常带有试点和试验性质，这表明目前中国的养老服务体系仍然处于初级阶段，政策框架还在发展当中。

本章描述了目前中国养老服务体系的政策框架和制度安排，讨论了面临的关键问题和主要挑战。本章其余部分的结构如下：“政策框架和制度安排”一节简要介绍了政策的发展变化，然后详细描述了政策框架和挑战；“挑战和建议”一节讨论和政策设

1 2016年5月27日，习总书记发表了有关中国老龄化的讲话，提倡中国养老服务体系应该以居家养老为主，以社区养老为辅，以机构养老为补充，与医疗和社会服务相结合。

计、制度安排、政策实施相关的关键问题和挑战，最后提出建议。

## 2.2 政策框架和制度安排

### 2.2.1 政策演变

中国的养老政策在改革时代经历了重要的里程碑。正如下文所讨论的内容，包括20世纪80年代的研究和意识、90年代的战略准备、21世纪的概念形成，以及2011年以来的框架设计和实施。

20世纪80年代，中国开始研究并且认识到人口老龄化的问题。为了参加老龄问题世界大会，中国于1982年成立了全国老龄委员会（NCA），该社会组织由政府机关、研究机构和媒体组成，负责研究和制定战略规划，促进国际合作和交流。1995年，全国老龄委员会<sup>1</sup>成为副部级的事业单位，由民政部监督管理。在此期间，农村改革撤销了人民公社，实行家庭联产承包责任制，城市改革把福利供应与工作单位分开。这些改革削弱了国家或者集体单位为社会福利机构提供支持的经济基础。为了保留对城市“三无”人员和农村“五保户”的食品、医疗服务和住房的福利供应，民政部采取措施，鼓励企业、事业单位、社会组织和个人参与开办社会福利机构<sup>2</sup>，加强农村养老院以及社会福利机构的管理。<sup>3</sup>社会力量参与福利供应的思路后来得到了进一步拓展，鼓励社会力量和民营资本进入养老行业（见表2.1）。

20世纪90年代，中国启动战略性政策准备和立法工作（见附录2A）。意识到中国在2000年会进入老龄化社会，十部委<sup>4</sup>在1994年联合发布《中国老龄工作七年发展纲要（1994—2000年）》，呼吁做好立法、养老金和医疗保险、社会参与、文化、养老服务、研究等方面的筹备工作，为中国顺利过渡到老龄化社会做好准备。该计划鼓励把家庭支持和社会支持以及地方政府在资金方面所需要担负的更重要的责任结合起来。为了加强领导，促进政府的养老工作，中共中央委员会和国务院决定于1999年10月成立全国老龄工作委员会，与全国老龄委员会共同使用办公室。在立法方面，中国于1996年10月颁布了《老年人权益保障法》。这部法律共分六章——总则、家庭赡养与扶养、社会保障、参与社会发展、法律责任、附则——强调社会保障体系（养老金、医疗保险和医疗服务、社会救助），但是没有用单独的一章对老年照护制度（the elderly care system）做明确的界定。

1 后更名为中国老龄协会，但是最初的英语译名保持不变，以保持一致。

2 见1994年民政部颁发的政策文件《深化福利机构改革加快社会福利社会化》。

3 1997年，民政部颁布《农村敬老院管理暂行办法》，要求为老年人提供食品、医疗服务和丧葬服务。1999年，民政部颁布《社会福利机构管理暂行办法》，提供关于福利机构地址、卫生标准、照顾者等方面的指导。

4 十部委包括国家计划委员会、民政部、劳动部、人事部、卫生部、财政部、国家教育委员会、中华全国总工会、中华全国妇女联合会、全国老龄委员会。

表 2.1 改革时代中国养老体系的政策演变

日期	文件编号	标题	政府机构
12/14/1994	70	中国老龄工作七年发展纲要 (1994—2000年)	卫生部、民政部、劳动部、劳动和社会保障部、财政部、教育部、全国老龄委员会
10/01/1996	73	老年人权益保障法	全国人民代表大会
10/20/1999	22	关于成立全国老龄工作委员会的通知	国务院
10/08/2000	13	关于加强老龄工作的决定	中共中央委员会和国务院
10/01/2000	97	关于对老年服务机构有关税收政策问题的通知	财政部、国家税务总局
07/22/2001	26	中国老龄事业发展“十五”计划纲要(2001—2005年)	国务院
05/31/2001	145	关于印发《“社区老年福利服务星光计划”实施方案》的通知	民政部
11/16/2005	170	关于支持社会力量兴办社会福利机构的意见	民政部
03/05/2005	48	关于开展养老服务社会化示范活动的通知	民政部
02/09/2006	6	关于加快发展养老服务业意见的通知	国务院
08/16/2006	7	中国老龄事业发展“十一五”规划(2006—2010年)	全国老龄委员会
09/25/2006	262	关于建立实施养老社会服务示范点的通知	民政部
01/29/2008	8	关于全面推进居家养老服务工作的意见	全国老龄委员会、国家发展和改革委员会、教育部、民政部、劳动和社会保障部、财政部、商务部、卫生部、人口和计划生育委员会、国家税务总局
09/17/2011	28	中国老龄事业发展“十二五”规划(2011—2015年)	国务院
12/16/2011	60	社会养老服务体系规划建设规划(2011—2015年)	国务院
12/28/2012	72	老年人权益保障法	全国人民代表大会
12/12/2013	35	关于加快发展养老服务业的若干意见	国务院
11/18/2015	84	关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见	国务院
06/24/2016	107	民政事业发展第十三个五年规划	民政部、国家发展和改革委员会

资料来源：根据民政部网站资料整理编辑。

在21世纪的头十年里，中国政府越来越重视人口老龄化问题，形成了养老服务体系的概念。2000年，中共中央委员会和国务院颁布了《关于加强老龄工作的决定》，这份纲领性的文件开始形成了中国老年照护服务体系的概念，界定了照护服务的范围，如日常护理、卫生保健服务、健康服务、文化和法律服务。该决定引入的理念是以居家养老为主，以社区养老为辅，以社会养老服务为补充。这是中国首次提出把家庭、社区和社会养老整合起来，作为一个整体机制。

根据中共中央委员会和国务院的指令，中国开始把老龄化纳入更大的五年计划之中。2001年，国务院颁布了《中国老龄事业发展“十五”计划纲要（2001—2005年）》，强调增加养老机构投入（特别是在农村地区），设定的目标是城市地区每千名老年人拥有10个床位，农村福利院的覆盖率要达到90%，此外还突出强调了社区服务平台在提供综合性、多层次养老服务中的重要性。<sup>1</sup>2006年，国务院颁布了《关于加快发展养老服务业意见的通知》，全国老龄委员会发布了《中国老龄事业发展“十一五”规划（2006—2010年）》，鼓励各种社会力量投资建设各级养老服务机构，特别是为那些不能自理或者部分自理的老年人提供照料和护理服务。

在此期间，中国还增加了公共财政投入，建设社会福利机构，启动了“星光计划”，改善社区服务设施。2001—2004年“星光计划”的总投入达到134亿元人民币，帮助建立了32000个“星光养老服务中心”，提供家访、紧急援助、日常照护、卫生和康复服务以及娱乐活动，受益的老年人超过3000万（国务院信息化工作办公室，2006）。在发展过程中，中国政府正式引入并且强调了居家养老的概念。2008年，十部委联合颁布了《关于全面推进居家养老服务工作的意见》，要求在城市社区建立覆盖面广泛的居家养老服务网络，促进建设居家养老服务设施，覆盖几乎1/3的农村地区。此外，养老服务资金也逐渐覆盖到低收入老年人或者经济困难者，从传统的社会救助扩大到社会服务和社会关怀。在该阶段，主要提倡养老服务概念，为养老服务的发展奠定了良好的基础。

第十二个五年规划（2011—2015年）是设计、试验和实施养老政策的黄金时代。三份主要的政策文件勾画出了中国养老服务体系的愿景和政策框架。第一个文件是《中国老龄事业发展“十二五”规划》，描绘了建立中国社会保障制度和养老服务体系的蓝图。第二个文件是《社会养老服务体系规划建设规划》，确定了五年内建立养老服务体系的目标和任务。第三个文件是国务院《关于加快发展养老服务业的若干意见》，确定了到2020年发展养老服务体系的长期目标。上述文件界定了养老服务的范围，呼吁将社会关怀和医疗服务相结合，欢迎非营利组织和民营部门的参与，引入政府购买服务的方式来平衡养老服务市场的发展。

在2012年对1996年颁布的《老年人权益保障法》进行了修订，这反映了已经取得

---

<sup>1</sup> 民政部也颁布了一系列政策文件，如《关于促进全国城市社区建设的意见》和《关于加强和改进社区服务工作的意见》等，积极采取措施以加强社区建设和服务提供。截至2005年底，中国有195000个城市社区服务设施，8479个综合社会服务中心。

的成就和政府保障老年权益的决心。修订过的《老年人权益保障法》有九章，其中三章是新增的（社会服务、社会优待和宜居环境），以促进养老服务业的发展。该法律要求各级政府把养老工作纳入年度和五年社会经济发展规划之中，通过适当的财政预算安排来建立稳定的经济机制，并且鼓励社会投资。该法律还进一步描述了家庭和成年子女照顾老年父母的作用和责任：特别是家庭成员不能忽视父母的心理需求，如果分开居住，应该定期探访父母，与父母保持定期联系。该法律提倡逐渐发展长期照护服务事业，建立和改善养老福利体系（如对老年人的补贴），以满足不断增长的长期照护服务需求。2015年又再次对《老年人权益保障法》进行了修订，明确界定民政部门的领导作用，即引导、监督和管理非营利和营利性机构。修订的内容扩大了老年人的权利、利益和责任的范围，重新强调家庭在养老服务体系中的根本作用，并规定了养老服务供给中政府和市场各自的作用和责任。

## 2.2.2 政策框架

如前所述，在全国第十二个五年发展规划中，法律和法规已经描述了中国养老服务体系的愿景和政策框架。《中国老龄事业发展“十二五”规划》是个全面的规划，覆盖了和老年人相关的所有领域，要求制定实施老龄事业中长期发展规划，应对人口老龄化问题，确定了到2015年的社会保障制度和养老服务体系的目标。具体来说，包括下列目标：

- 健全覆盖城乡居民的社会养老保障体系，初步实现全国老年人人人享有基本养老保障。
- 健全老年人基本医疗保障体系，基层医疗卫生机构为辖区内65岁及以上老年人开展健康管理服务，普遍建立健康档案。
- 建立以居家为基础、社区为依托、机构为支撑的养老服务体系，居家养老和社区养老服务网络基本健全，全国每千名老年人拥有养老床位数达到30张。
- 全面推行城乡建设涉老工程技术标准规范、无障碍设施改造和新建小区老龄设施配套建设规划标准。
- 增加老年文化、教育和体育健身活动设施，进一步扩大各级各类老年大学（学校）办学规模。
- 加强老年社会管理工作。各地成立老龄工作委员会，80%以上退休人员纳入社区管理服务对象，基层老龄协会覆盖面达到80%以上，老年志愿者数量达到老年人口的10%以上。

《社会养老服务体系规划建设规划（2011—2015年）》提出了三级养老服务体系的目标、范围和结构。该规划说明了居家养老、社区养老和机构养老是中国养老服务体系不可或缺的组成部分，满足老年人的实际需要需优先考虑贫困和低收入老年人、部分和完全失能者以及有经济困难的老年人。该规划对每种类型的范围界定如下：

- 居家养老服务包括生活照料、家政服务、康复护理、医疗保健、精神慰藉等，以上门服务为主要形式。对于身体状况较好、神志基本能自理的老年人，提供家庭服务、老年食堂、法律服务等服务；对于生活不能自理的高龄独居、失能等老年人，提供家务劳动、家庭保健、辅具配置、送饭上门、无障碍改造、紧急呼叫和安全援助等服务。有条件的地方可以探索对居家养老的失能老年人给予专项补贴，鼓励他们配置必要的康复辅具，提高生活自理能力和生活质量。

- 社区养老服务是居家养老服务的重要支撑，具有日间照料和居家养老支持两类功能，主要面向家庭日间暂时无人或无力照料的社区老年人提供服务。在城市，结合社区服务设施建设，增加养老设施网点，增强社区养老服务能力，打造居家养老服务平台。倡议、引导多种形式的志愿活动及老年人互助服务，动员各类人群参与社区养老服务。在农村，结合城镇化发展和新农村建设，以乡镇敬老院为基础，建设日间照料和短期托养的养老床位，逐步向区域性养老服务中心转变，向留守老人及其他有需要的老年人提供日间照料、短期托养、配餐等服务；以建制村和较大自然村为基点，依托村民自治和集体经济，积极探索农村互助养老新模式。

- 机构养老服务以设施建设为重点，通过设施建设，实现其基本养老服务功能。养老服务设施建设重点包括老年养护机构和其他类型的养老机构。老年养护机构主要为失能、半失能老年人提供专门服务，重点实现以下功能：生活照料、康复护理、紧急救援。鼓励在老年养护机构中内设医疗机构。符合条件的老年养护机构还应利用自身的资源优势，培训和指导社区养老服务组织和人员，提供居家养老服务。其他类型的养老机构根据自身特点，为不同类型的老年人提供集中照料等服务。

《社会养老服务体系规划建设规划（2011—2015年）》要求到2015年初步建成社会养老服务体系，居家养老和社区养老服务网络基本健全。该规划具体的目标和任务包括：

- 增加日间照料床位和机构养老床位340余万张，改造30%现有床位，使之达到建设标准。

- 支持有需求的老年人实施家庭无障碍设施改造，扶持居家服务机构发展，进一步开发和完善服务内容和项目。

- 建设老年人日间照料中心、托老所、老年人活动中心、互助式养老服务中心等社区养老设施，推进社区综合服务设施增强养老服务功能，使日间照料服务基本覆盖城市社区和半数以上的农村社区。

- 推进供养型、养护型、医护型养老设施建设。县级以上城市，至少建有一处以收养失能、半失能老年人为主的老年养护设施。在国家和省级层面，建设若干具有实训功能的养老服务设施。

- 提高社会养老服务装备水平，鼓励研发养老护理专业设备、辅具，积极推动养老服务专用车配备。

- 加强养老服务信息化建设，依托现代技术手段，为老年人提供高效便捷的服务，规范行业管理，不断提高养老服务水平。



根据国家规划，各省（市）都制定了自己的发展规划。特别是有些省（市）确定了90-7-3结构的目标，即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，<sup>1</sup>虽然国家规划中没有明确提到这种结构。这种结构强调家庭担负主要的养老责任，社区提供支持，因为在地理位置上离老人最近，最后是机构养老填补空缺，满足重症特别护理的需求。

国务院2013年《关于加快发展养老服务业的若干意见》（以下简称《若干意见》）提出了到2020年的长期目标和主要任务，为中国的养老服务体系提供了政策方向。该意见鼓励在城乡建立养老服务机构，发展居家养老服务网络和城市养老服务设施，采取适当的措施加强农村养老服务，促进养老服务市场的发展，简化行政管理程序，如许可、标准化、信息披露和登记注册。到2020年，全面建成功能完善、规模适度、覆盖城乡的三级养老服务体系。养老服务产品更加丰富，市场机制不断完善，养老服务业持续健康发展。具体目标包括：

- 健全养老服务体系。生活照料、医疗护理、精神慰藉、紧急救援等养老服务覆盖所有居家老年人。符合标准的日间照料中心、老年活动中心等服务设施覆盖所有城市社区，90%以上的乡镇和60%以上的农村社区建立包括养老服务在内的社区综合服务设施和站点。全国社会养老床位数达到每千名老年人35—40张。

- 扩大养老服务业规模。以老年生活照料、老年产品用品、老年健康服务、老年体育健身、老年文化娱乐、老年金融服务、老年旅游等为主的养老服务业全面发展，养老服务业增加值在服务业中的比重显著提升，一批龙头企业和富有创新活力的中小企业提供1000万个以上的就业岗位。

- 创造良好的制度环境。养老服务业政策法规体系建立健全，行业标准科学规范，监管机制更加完善，服务质量明显提高。全社会积极应对人口老龄化意识显著增强，支持和参与养老服务的氛围更加浓厚，养老志愿服务广泛开展，敬老、养老、助老的优良传统得到进一步弘扬。

养老服务体系将会把医疗服务和养老服务相结合。国务院2013年的《若干意见》鼓励医疗机构把资源投入养老服务机构、社区和居民家庭，或者为老年人设立独立病房，由医疗卫生人员进行家访，与养老服务机构建立医疗契约服务关系，提供上门诊视、健康查体和保健咨询等服务，试行远程医疗服务等等。要求有条件的二级以上医院增加老年病床数量，做好老年慢病防治和康复护理。建立新的医疗保险机制，报销参保职工、城乡居民在拥有内部医疗服务部门的养老服务机构接受医疗服务所产生的医疗费用。建立跨地区的医疗报销体系，报销异地就医医疗费用。鼓励老年人投保健康保险、长期护理保险、意外伤害险等人身保险产品，鼓励和引导商业保险公司开展相关业务。

---

1 上海首先实行90-7-3结构，其他城市随后借鉴了这一理念。在制定第十三个五年规划时，很多城市（如北京、成都和石家庄）提出了90-6-4结构。

2015年国务院《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见》进一步促进了医疗服务和养老服务体系的协调、融合和整合。起初，其目标是到2017年初步建立医养结合政策体系、标准规范和管理制度，建成一批兼具医疗卫生和养老服务资质和能力的医疗卫生机构或养老机构，80%以上的医疗机构为老年人提供挂号和就医等便利服务的绿色通道，50%以上的养老机构以不同形式为入住老年人提供医疗卫生服务。到2020年，其目标是基本建立符合国情的医养结合体制机制和政策法规体系，医疗卫生和养老服务资源实现有序共享。所有的医疗机构为老年人提供挂号和就医等便利服务的绿色通道。所有的养老机构以不同形式为入住老年人提供医疗卫生服务，基本适应老年人健康养老服务的需求。这一政策文件要求建立健全医疗卫生机构和养老机构合作机制；支持养老机构开办老年病医院、康复医院、护理院、中医医院、临终关怀机构，也可内设医务室或者护理站；推动医疗卫生服务延伸至社区和家庭；鼓励社会力量兴办医养结合机构；鼓励医疗卫生机构和养老服务融合发展。

2016年，民政部、国家发展和改革委员会发布《民政事业发展第十三个五年规划》，把医疗和社会关怀服务的结合作为建立中国多层次养老服务体系的一部分，更加强调居家养老和社区养老服务的发展，鼓励创新养老服务投融资机制，探索建立长期照护保障体系，进行长期照护服务制度试点，完全开放养老服务市场，扩大养老服务和产品供给。

### 2.2.3 政策措施

根据国务院《若干意见》的要求，超过25个部委独立或者联合发布了30个通告、通知、指南、标准和行政措施，促进全方位建立中国养老体系（见附录表1），几乎涵盖养老服务体系的所有方面，包括土地供应、金融支持和信贷、劳动力、信息体系、政府补贴、税收优惠、许可批准、标准、监督和评估以及管理。运用各种方法改革公立福利院，如公办民营、政府购买服务、混合所有制、私有化，以提高效率和服务质量。2014年，民政部和国家发改委联合挑选42个城市进行试点实验，包括全国养老服务体系规划和发展、社会力量参与、土地使用、税收、劳动力、技术、服务模式，目的是为全国养老服务体系的发展提供经验。2016年，民政部和财政部共同建立中央专项彩票公益金，支持全国各地居家养老服务和社区养老服务试点。

#### 投资

2013年，财政部和民政部决定利用2013—2015年中央专项彩票公益金升级换代农村幸福院，包括农村老年人日间照料中心、托老院、老年灶、村委会管理的老年人活动中心，为农村老年人提供膳食、文化娱乐和养老服务。每个农村幸福院项目获得了30000元人民币的补贴。2014年，十部委联合下发《关于加快推进健康与养老服务工程建设的通知》。该工程建设投资领域包括健康服务体系、养老服务体系和体育健身设

施。<sup>1</sup>相关部委还联合发布关于城乡养老设施的建设规划和技术标准指导方针。

## 融资

除了增加公共财政投资，还要求金融机构开发合适的金融产品，拓宽信贷抵押担保物范围，提供优惠利息，支持养老服务体系的发展。2013年，引进养老服务机构责任保险，鼓励保险基金和公司投资于养老服务业，提供各种保险产品。2015年，允许地方政府发行企业债券，为养老服务保险融资，并促进社会投资。<sup>2</sup>2016年，政策导向是提供金融支持，加快养老服务业发展，要求改进金融服务体系的各种金融产品（信贷、证券、信托、保险、抵押品、住房反向抵押贷款），拓宽融资渠道（债券市场、证券市场、股票市场）。此外，2015年民政部和国家开发银行签署谅解备忘录，贷款100亿元人民币，用于居家养老和社区养老设施、养老机构、养老培训和养老行业项目。该贷款期限是15年，宽限期3年，根据贷款定价模型确定贷款利率（年利率为4.2%）。

## 民营部门

长期以来，中国政府一直鼓励民间资本和社会力量投资于养老服务体系。<sup>3</sup>2013年国务院的《若干意见》强调，鼓励个人投资者创立居家养老服务，鼓励外国资本和民间资本创办大型养老服务机构，提供高端养老服务。2013年和2014年，商务部和民政部联合发布通知，欢迎中国香港特别行政区和中国澳门特别行政区服务提供者以及外国投资者创办营利性机构。这些服务提供者和投资者将与国内服务提供者和投资者享有同等待遇。2015年，十部委联合发布政策倡议<sup>4</sup>，提出具体措施，鼓励民间资本全面参与居家和社区养老服务；通过持股、合作、政府和社会资本合作（PPP）等方式发展养老服务机构；投资于养老服务业；促进医疗卫生服务和养老服务的一体化。

## 土地

2014年，国土资源部发布的指导意见界定了养老服务设施用地的范围、性质和期限。根据该指导意见，提供养老日间照料服务、康复护理、监护和其他服务的房屋和场地设施占用土地可以享受优惠政策。用于建设养老服务设施的土地应当纳入城市土地使用总体规划和年度规划当中。非营利性养老服务机构可以使用政府分配的土地或者集体所有的土地。对于营利性养老服务机构，鼓励给予土地租赁费优惠和其他优惠政策。严禁改变土地使用性质，或者为了房地产开发而改变建筑面积。土地使用权年

1 对于健康服务体系建设，包括综合医院、中医医院、专科医院、康复医院和护理院、临终关怀机构、健康服务和基层医疗卫生服务设施。对于养老服务体系建设，包括社区老年人日间照料中心、老年养护院、养老院和医养结合服务设施、农村养老服务设施。对于体育健身设施建设，包括体育场地和设施、公众健身活动中心、户外健身场地、学校体育设施以及健身房（馆）。

2 见国家发改委发布的《养老产业专项债券发行指引》（2016年）。

3 2012年，根据国务院《关于鼓励和引导民间投资健康发展的若干意见》，民政部发布了《关于鼓励和引导民间资本进入养老服务领域的实施意见》。

4 《关于鼓励民间资本参与养老服务业发展的实施意见》（2015年）。

限为50年。养老院租赁期限不应该超过5年。

### 培训和就业

2014年，教育部和其他八个部委联合发布了关于养老服务业人才培养的政策措施。该政策措施强调了当前阶段职业教育在培养养老服务业人才中的重要性，确定了养老服务人才培养体系目标，即到2020年基本建立以职业教育为主体，应用型本科和研究生教育层次相互衔接，学历教育和职业培训并重的养老服务人才培养培训体系。鼓励高校和职业院校等学校开设老年病学、康复、营养、精神病学和社会工作等方面的专业和培训课程；研发相关的教学资料和课程；加强教师培训和培训基地建设；引入学术和职业教育“双证书”制度；为继续教育和远程教育提供机会。参加养老服务培训和职业技能鉴定等专业培训的人将获得补贴。2011年，人力资源和社会保障部制定了养老护理员国家职业技能标准。相应地，民政部近年来也努力为养老护理人员提供职业和技术培训。

### 政府购买服务

2013年国务院的《若干意见》界定的政府的角色是“养老服务的购买者和调控者”，而不是直接的供应者。2014年，财政部和其他三个部委联合发布了关于政府购买养老服务的通知。根据这一政策文件，政府购买养老服务的范围包括居家养老服务、社区养老服务以及为“三无”老人、低收入老人、经济困难的失能和半失能老人提供的机构养老服务；对护理者的职业培训和教育以及继续教育；老年人能力和护理需求评估；服务绩效评估等等。购买服务的资金来自于政府收入。民政部留出的50%以上的福利彩票公益金以及地方政府的彩票公益金应用于养老服务业的发展，而且这一比例应该逐年增加。四川成都和宁夏为民营养老院和社区养老中心提供补贴，通常是按照床位进行补贴，包括固定费用和运营费用，如一次性建设补贴和运营补贴。宁夏鼓励地方政府设立居家养老专项基金。民政部从国家彩票公益金中拿出4000万元人民币，为职业学校培训项目提供资金，以培训更多的护理人员（Caixin Online，2013）。

### 政府补贴

建立养老服务评价机制，建立经济困难老人和有身体残疾老人补贴制度。根据养老服务需求，政府补贴制度包括投资补贴、信贷补贴、经营补贴，实行政府服务购买，刺激和鼓励社会力量参与养老服务体系建设。2014年，政府提出到2015年底在全国实行对老年人和经济困难的失能老人的补贴制度。补贴标准由省政府决定，由地方政府提供资金，主要用于养老服务，而不是基本生活保障补助，基本生活补助资金则来源于基本养老金、城乡低保制度和其他社会救助制度。

### 税收优惠

制定税收、收费优惠政策，鼓励扩大养老服务供给。对于达到合格标准的非营利

性养老院，免征企业所得税、房产税、城镇土地使用税。向非营利性养老院提供捐赠者也有资格享受税收优惠。对于非营利性养老设施建设项目，免除所有行政事业性收费，对于营利性养老机构，减半征收行政事业性收费。对养老服务机构提供养老服务，也不需要缴纳行政事业性收费。此外，电费、水费、煤气费、暖气费等价格不同于企业，执行的是居民生活用电、用水、用气等的价格。外资养老服务机构可以享受同等的税收优惠政策。

## 政府管理

根据2013年国务院的《若干意见》，各部委采取各种措施来调控养老服务市场，加强政府管理，包括：

- 许可证的发放和管理。2013年，民政部颁发了两个政策文件<sup>1</sup>，以加强养老服务机构的的管理，明确提出民政部负责管理所有的养老服务机构。非营利性养老服务机构在民政部门登记注册，营利性养老服务机构在工商部门登记注册。

- 标准。2014年提出制定养老服务标准，要求到2020年制定基本的通用标准体系，包括机构、社区、居家养老服务标准，管理标准，运营标准以及老年产品标准。

- 定价。2015年，国家发展和改革委员会与民政部共同制定养老服务价格调控规则条例。市场机制决定养老服务的价格，特别是私有和民营机构提供服务的价格。对于公立医疗服务机构，根据受益人的不同，养老服务的收费也不同。“三无”老人免费，对于鳏寡孤独、失能、半失能者或者经济困难者，按照政府指导价格收费。

- 信息系统。2014年，六部委联合启动试点项目，选择200家医疗服务机构和450个以居家养老为核心的社区为试点，促进信息管理一体化以及社区卫生服务供给。

- 监测与评估。2013年，民政部发布养老服务评估指导意见。2014年，民政部、国家工商管理总局、国家统计局系统地收集了养老服务机构、社区和居家养老受益人数据及相关信息。

在这些指导方针的指导下，由地方政府决定哪些养老服务享受全部/部分公共财政补贴，但主要限制在“弱势群体”。例如，安徽的关于加快发展养老服务业的实施意见规定，政府资助那些为没有能力工作、没有收入来源、没有赡养人的弱势老人所提供的养老服务。此外，低收入和无子女老人应享有收费低廉的养老服务。此外，还要求有足够资源的公立养老服务机构优先服务那些接受政府供养的痴呆老年人或者失能老人，补贴随着失能程度而相应增加。

### 2.2.4 制度安排

中国养老服务体系发展的制度安排包含中央、部和地方层级的安排。与养老服务政策的决策和实施相关的各机构的作用简述如下。

---

1 即《养老机构设立许可办法》和《养老机构管理办法》。

## 中央

在中央层面，国务院成立全国老龄工作委员会，规划、协调和指导全国养老工作，起草中长期规划和政策，以促进和改进养老服务体系的建立。全国人民代表大会制定和颁布法律法规，保护和保障老年人权益。

全国老龄工作委员会：由一位国务委员领导，委员会由32个国家级部门组成，每个部门派一位相副部级代表。该委员会的职责是制定养老发展战略和主要政策；协调相关部门，促进发展规划的实施；领导、监督、检查地方工作。其总部设在民政部，与中国老龄协会共同使用办公室和其他资源。每个省、市、县都设有相应的办公室和老龄委员会，负责日常管理和政策实施，有专业人员负责日常工作。这种结构确保了从中央到地方形成权威的网络。

## 部委

在部级层面，直属部委制定部门政策和战略规划；开展政策宣传和法律实施；实施国家和部门规划；采取措施发展人力资源，进行标准和质量控制；进行检测和评估。虽然很多部委都参与养老服务体系的发展，此处介绍主要部委的作用和责任。

民政部：在国务院领导下，民政部负责中国国内社会和管理事务。民政部是中央政府机构，负责老年人、残疾人、退伍军人和其他特殊群体的社会福利和服务。具体来说，全国养老服务的管理机构是该部的社会福利司；农村福利院的管理机构是社会救助司。民政部是制定国家养老服务政策的部委之一，负责发布指导方针和标准，各省民政厅（或局）负责具体实施工作。除了负责总体政策的制定，民政部还参与制定全国培训课程和培训项目的认证。

国家卫计委：国家卫计委制定全国卫生和计划生育政策，负责发布政策倡议和标准，指导卫生改革、公立医院改革、药物管理、医疗卫生服务供给以及地方政策的实施。在国家卫计委领导下，计划生育家庭发展司负责与疾病预防、卫生保健、医疗、康复、长期照护服务、健康、临终关怀、家庭赡养老年人等相关的老龄化政策和措施。此外，基层卫生司负责农村卫生和社区卫生政策、规划、规范以及组织实施，指导社区医疗、护理、卫生保健和卫生管理工作。

国家发展和改革委员会：国家发展和改革委员会领导国家总体社会经济发展战略；拟定年度、中期和长期发展规划；促进经济社会改革；拟定和审查投资项目以及固定资产投资规划；监测宏观经济发展趋势。国家发展和改革委员会社会发展司负责发展战略和规划、改革以及社会部门投资项目，包括人口老龄化和养老服务。在五年计划周期内，国家发展和改革委员会首先根据各部委提供的数据拟定总体规划，然后提交给中央政治局审查。审查通过后，各个部委拟定本部门的五年计划。

财政部：财政部制定和实施国家财政税收政策及中长期规划和战略；设计和推进财政税收改革；管理中央公共财政收入、支出、预算和转移支付。财政部社会保障司

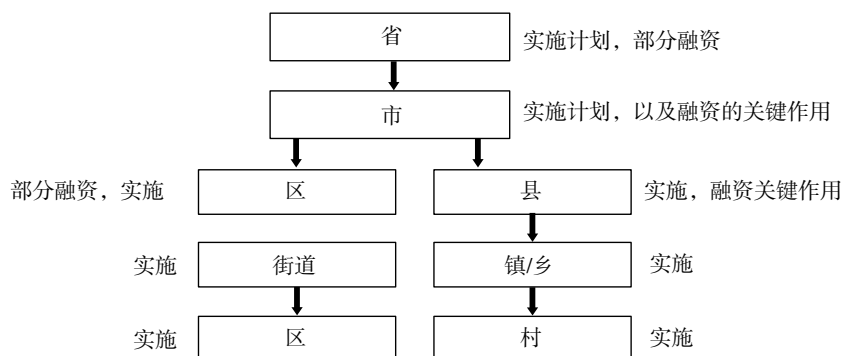
负责制定政策、预算、支出、与人力资源和社会保障有关的社会保险基金管理、民政事务、卫生、包括社会福利和养老服务公共支出。

人力资源和社会保障部：人力资源和社会保障部拟定和实施国家就业、社会保险政策以及中长期规划和战略，指导地方政府实施政策。人力资源和社会保障部的部分司局和养老服务有关，如养老保险司、农村社会保险司、医疗保险司。前二者分别负责城镇职工养老金计划和城乡居民养老金计划；目前，医疗保险司负责领导养老保险研究，选择了四个城市（上海、南通、青岛和吉林）作为试点。

## 地方

在地方层面，在国家以及部门发展规划和战略指导下，省政府制定实施规划；推进政策实施，劳动力培训，为监测和评估收集数据；加强社区和居家养老服务供给一体化。如图2.1所示，中央以下有五个层级，从省级到社区/村级。地级市和县级机构在融资和实施中作用巨大。社区和村庄是自治机构，不是政府机构。街道、镇、乡是基层政府机构。

图2.1 地方政策设计和实施的利益相关者



地方民政部门负责把国务院制定的法律和政策落实和转化为实际行动。他们负责协调各方的工作；监测、评估、监督和分析当地养老服务业的成长和发展；推进研究工作，发现最优秀的创新型实践。他们还制定明确的规章条例，规定养老机构的准入和退出、质量的实施、管理标准的遵守以及违法犯罪的约束。财政部门拨款给养老机构，促进其快速发展和建设。价格主管部门制定科学合理的价格机制。其他部门（如教育、食品和药品、商业、住房、税收、金融、质量实施）都按照国务院制定的标准、法律和法规履行自己的职责。

我们期待社区组织在养老服务供应方面发挥作用。在社区环境下，所有的服务和项目由城市居民委员会管理，和/或同城市居民委员会共同管理，或者由村民委员会管理。这些委员会是社区级别的，是由中央政府委托负责老年事务的半政府组织。在过去的20年里，这些委员会已经逐渐承担了新的责任，汇集社区资源，独立制定和实施

了一系列的服务项目 (Xu and Chow, 2011)。此外, 鼓励非营利性和慈善组织以及志愿者服务为养老服务助一臂之力。

## 2.3 挑战和建议

### 2.3.1 取得的进展

中国的养老服务体系在第十二个五年规划期间成就显著, 制定了政策框架和法律法规, 增加了公共投入和私人资本, 加强了养老服务机构, 扩大了覆盖面和服务范围, 提高了政府管理能力, 具体如下:

- 制定政策框架和法律法规。虽然三级养老服务体系的理念形成于21世纪的头十年, 政策框架是在第十二个五年规划中正式制定的, 同时也制定了中长期目标和政策措施。在意识到过分强调机构养老服务之后, 第十二个五年规划重新界定了机构养老服务的作用。如前所述, 其设想是三级养老服务体系, 及以居家养老为主, 社区养老为辅, 机构养老为补充。

- 增加公共投入和民营资本。2011年各级政府对养老服务设施的公共投入达到38亿元人民币(第十个五年计划的第一年)(Tang, 2015)。在随后的几年, 公共投入持续增加。2012—2014年, 中央政府的公共投入共达到100.2亿元人民币。此外, 地方政府也增加了养老服务设施的公共投入。例如, 大多数省份都把建立养老服务体系列为省级重点项目。2013年, 18个省对老年人给予补贴, 22个省建立了贫困老年人补贴体系, 3个省对长期照护服务实施补贴。养老服务市场也得到了进一步的开发, 吸引了国内外资金。有些省份(城市)启动了外资项目, 如北京、上海、广东和深圳。

- 加强养老服务设施。随着公共和私人资本投入的增加, 养老服务设施大幅增加, 2015年底实现了每千名老人拥有30张床位的目标。如图2.2所示, 床位数总计增加了两倍, 从2009年的290万张增加到了2014年的580万张。每千名老人拥有的床位数也从2010年的17.7张增加到了2014年的27.7张。表2.2显示出床位总数的增加主要在城市的养老机构、农村的养老机构以及社区养老服务机构, 虽然社会福利院的床位数也有增加。2013年, 日间照料中心覆盖了几乎50%的城市社区以及20%的农村社区。

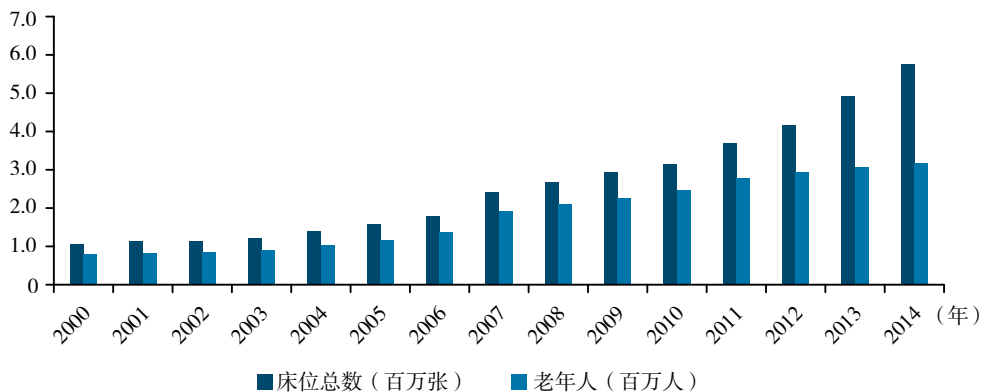
- 扩大覆盖面和服务范围。因为床位的增加, 城市和农村养老机构现在可以接纳更多的贫困老年人。2014年, 320万老年人享受到了机构养老服务。居家养老和社区养老也为千百万老年人提供了各种服务。2014年, 中国拥有18927家养老服务设施和机构, 40537家社区互助机构。有些省份(城市)采用政府购买服务的方式, 为老年人提供居家养老服务, 如北京、上海、浙江、江苏、安徽和湖北。服务范围不仅覆盖了“三无”老人和“五保户”, 而且还覆盖了最老的老年人、空巢老人、失能和半失能老人, 贫困老人以及有经济困难的低收入老年人。此外, 养老服务的范围也扩大了, 包括日常生活服务、康复护理、精神和心理卫生保健、长期照护服务、紧急援助、法律



援助等等。

• 提高能力和政府管理水平。中央和地方政府都采取了一系列政策措施，加强管理和机构的标准化以及服务供给（如许可证颁发、定价、标准、信息体系），出台老年人能力和需求评估指导方针，开始收集监测和评估数据。地方政府还开始支持覆盖老年人意外保险、综合责任保险、补充商业健康保险，通常的做法是对参保老人进行补贴。例如，安徽建立了综合责任保险体系，2014年底的覆盖率达到100%。参保费用以财政总预算和地方彩票公益金作为保障。在青岛（山东），所有城市职工医疗保险参保人员和城市居民基本医疗保险都由长期医疗保险覆盖。浙江建立了以政策为基础的公立养老服务机构综合责任保险。根据老年人的受伤程度，补偿金的范围是从10元人民币到300元人民币不等。

图2.2 总床位数以及接受养老服务的老年人数量的发展趋势



资料来源：国家统计局，不同年份。

表2.2 2009—2013年床位总数的趋势及构成（万张床位）

年份	2009	2010	2011	2012	2013
床位总数	289.0	307.3	343.2	416.5	493.7
城市机构	49.3	56.7	63.0	78.2	97.1
农村机构	208.8	224.9	242.1	261.0	272.9
社会福利院	22.8	24.5	27.2	30.9	34.6
社区机构	4.5	1.2	10.9	19.8	64.1

资料来源：国家统计局，不同年份。

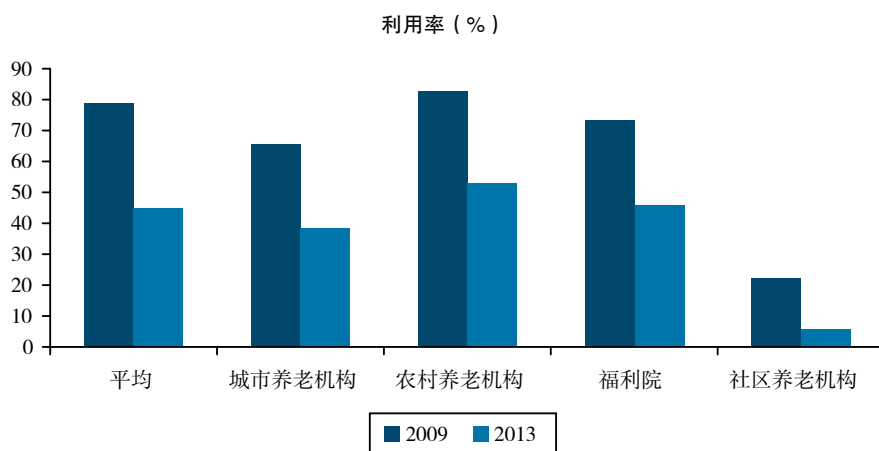
### 2.3.2 挑战

虽然已经取得了令人瞩目的成就，但中国养老服务体系的发展仍然面临着诸多挑战。本节特别关注政策设计及其实施所面临的挑战，包括需求方政策干预，横向和纵

向政策协调，中央和地方各级能力建设的实施和管理。

• 供给方、需求方政策干预。养老服务体系的政策设计长期以来以供给方为主，通过资本投资和各种投入补贴来促进养老服务设施的建设。事实上，机构床位和设施的增长非常迅速，床位目标在2015年已经实现。但是，床位利用率却急剧下降。如图2.3所示，床位平均利用率从2009年的78.7%下降到2013年的44.9%在同一时期，城市养老机构的床位利用率从65.5%下降到38.4%；农村养老机构的床位利用率从82.9%下降到52.8%；福利院的床位利用率从73.2%下降到45.7%；社区养老机构的床位利用率从22.2%下降到5.6%。所有机构床位利用率的下降说明，床位增加过多，超过了老年人的有效需求。

图2.3 2009—2013年养老机构床位利用率



资料来源：国家统计局，不同年份。

• 国际经验表明，中国制定的每千名老年人拥有床位数的标准超过了收入水平（国务院发展研究中心2014；Tang，2015）。其他国家通常选择65岁及以上的老年人作为制定床位标准的参考，而中国选择60岁及以上的老年人作为参考。根据国际经验，以65岁及以上老年人作为分母，中国的目标相当于在2015年每千名老人拥有45张床位，到2020年每千名老人拥有52—60张床位。相比之下，北欧国家每千名老人拥有60—70张床位，而美国、澳大利亚、英国以及法国是40—45张床位，东亚和南欧国家是20—25张床位。

• 在需求方，有些地方政府实施老年人需求/能力评估或者老年人凭证计划，但是没有和需求评估以及收入水平挂钩。上海率先实施了能力和需求评估，广东也在2015年在全省实施了类似的措施。

• 横向和纵向协调。人口老龄化和养老服务相互交叉，在国家层面涉及30多个部委和机构。如第二节所讨论的，根据2013年国务院《若干意见》，许多部委已经单独或

者联合发布了多项政策倡议、指导方针、标准和要求，以加快中国养老服务体系的建设。主要的挑战是让这些政策改革保持一致，跨部门和机构进行协调。需要妥善解决制约民营部门、经营者、服务提供者以及劳动力发展的政策和机构壁垒。在国家层面，全国老龄工作委员会承担协调角色，但是没有权力进行决策。从纵向来说，把政策设计转化为实际行动需要协调、理顺从中央到社区和村级的六个行政层级。

- 中央和地方的政策实施以及管理能力建设。中央和地方政府已经树立了目标，采取措施加快建设三级养老服务体系，但是实施这些政策措施还需要时间。在中央，需要加强管理能力，调控和监督养老服务市场的发展。同时，也需要加强地方实施政策的能力建设 (Yeung et al., 2015)。

### 2.3.3 建议

虽然中国在第十二个五年规划期间取得了令人瞩目的成就，但中国养老服务体系的发展仍然处于早期阶段，其面临的挑战已在上文中进行了讨论。中国还需要加大力度继续进行改革，加强社区养老服务和居家养老服务，扩大农村养老服务，把能力评估纳入需求评估，加强标准、信息体系、监测和评估。我们将在以下各章中详细探讨相关的政策建议。

#### 附录2A 第十二个五年规划期间的养老服务体系发展政策

领域	日期	文件编号	主题	政府机构
公办机构改革	12/13/2013	369	关于开展公办养老机构改革试点工作的通知	民政部
国家试点	12/27/2013	23	关于开展养老服务业综合改革试点工作的通知	民政部、国家发展和改革委员会
国家试点	07/13/2016	200	关于中央财政支持开展居家和社区养老服务改革试点工作的通知	民政部、国家发展和改革委员会
投资与融资	04/28/2013	56	中央专项彩票公益金支持农村幸福院项目管理办法	财政部、民政部
投资与融资	09/12/2014	2091	关于加快推进健康与养老服务工程建设的通知	国家发展和改革委员会、民政部、财政部、国土资源部、住房城乡建设部、国家卫计委、人民银行、国家税务总局、国家体育总局、银监会
投资与融资	05/28/2014	116	关于推进城镇养老服务设施建设工作的通知	民政部、国土资源部、财政部、住房城乡建设部
投资与融资	01/28/2014	23	关于加强养老服务设施规划建设工作的通知	住房城乡建设部、国土资源部、民政部、全国老龄委员会

续表

领域	日期	文件编号	主题	政府机构
投资与融资	02/28/2014	47	关于推进养老机构责任保险工作的指导意见	民政部、保监会、全国老龄办
投资与融资	04/14/2015	78	关于开发性金融支持社会养老服务体系建设的实施意见	民政部、国家开发银行
投资与融资	03/03/2016	65	关于金融支持养老服务业加快发展的指导意见	人民银行、民政部、银监会、证监会、保监会
投资与融资	04/07/2015	817	养老产业专项债券发行指引	国家发展和改革委员会
投资与融资	10/09/2016		关于支持整合改造闲置社会资源发展养老服务的通知	民政部、国家发展和改革委员会、教育部、财政部、国土资源部、环境保护部、住房城乡建设部、国家卫计委、国资委、国家税务总局、国家机关事务管理局
民营部门	07/24/2012	129	关于鼓励民间资本参与养老服务业发展的实施意见	民政部
民营部门	02/17/2013	67	关于香港、澳门服务提供者在内地举办营利性养老机构和残疾人机构服务有关事项的通知	商务部、民政部
民营部门	11/24/2014	81	关于鼓励外国投资者在华设立营利性养老机构从事养老服务的公告	商务部、民政部
民营部门	02/03/2015	33	关于鼓励民间资本参与养老服务业发展的实施意见	民政部、国家发展和改革委员会、教育部、财政部、人力资源和社会保障部、国土资源部、住房城乡建设部、国家卫生计生委、银监会、保监会
土地	04/17/2014	11	养老服务设施用地指导意见	国土资源部
劳动力	06/10/2014	5	关于加快推进养老服务业人才培养的意见	教育部、民政部、国家发展和改革委员会、财政部、人力资源和社会保障部、国家卫计委、中央文明办、共青团中央、全国老龄办
劳动力	11/14/2011	104	养老护理员国家职业技能标准	人力资源和社会保障部
劳动力	05/12/2014	13	关于做好全国民政行业养老护理员职业技能培训工作的意见	民政部
政府购买服务	08/26/2014	105	关于做好政府购买养老服务工作的通知	财政部、国家发展和改革委员会、民政部、全国老龄办

续表

领域	日期	文件编号	主题	政府机构
老年补贴	09/10/2014	113	关于建立健全经济困难的高龄、失能等老年人补贴制度的通知	财政部、民政部、全国老龄办
费用减免	11/01/2014	77	关于减免养老和医疗机构行政事业性收费有关问题的通知	财政部、国家发展和改革委员会
许可颁发	06/28/2013	49	养老机构设立许可办法	民政部
管理	06/28/2013	48	养老机构管理办法	民政部
标准	02/10/2014	17	关于加强养老服务标准化工作的指导意见	民政部、国家标准化管理委员会、商务部、国家质量监督检验检疫总局、全国老龄办
定价	01/19/2015	129	关于规范养老机构服务收费管理促进养老服务业健康发展的指导意见	国家发展和改革委员会、民政部
信息体系	12/16/2014		关于开展养老服务和社区服务信息惠民工程试点工作的通知	民政部、国家发展和改革委员会、公安部、工业和信息化部、国家卫计委
评估	10/05/2013	127	关于推进养老服务评估工作的指导意见	民政部
数据	12/08/2014	251	关于开展养老服务业统计工作的通知	民政部、国家工商总局、国家统计局

资料来源：根据民政部网站资料编辑整理。

## 参考文献

- Cai, Fang, John Giles, Philip O'Keefe, and Dewen Wang. (2012). *The Elderly and Old Age Support in Rural China: Challenges and Prospects*. Directions in Development. Washington, DC: World Bank.
- Caixin Online (2013). "Blues for Gray Hair: What's wrong with China's elder care sector." March 6. <http://english.caixin.com/2013-06-03/100536498.html>.
- Development Research Center of the State Council (2014). *China's Elder Care System—Progress, Existing Problems and Reform Ideas*. Research Department of Social Development. World Bank TCC5Project, April 2014.
- Information Office of the State Council of the People's Republic of China. (2006). *The Development of China's Undertakings for the Aged*. December 2006. Beijing.
- National Health and Family Planning Commission (2016). *2015 China Family Development Report*. China Population Press.
- National Bureau of Statistics, various years. *China Social Statistics Yearbook (2010–2014)*, China Statistics Press, Beijing.
- China Health and Retirement Longitudinal Study Research Team (2013). "Challenges of Population Aging in

- China: Evidence from the National Baseline Survey of the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS). ” <http://online.wsj.com/public/resources/documents/charls0530.pdf>.
- Tang, Jun. (2015). “The Status, Problems and Prospects of China’s Elderly Care Services.” *Journal of Chinese Academy of Governance*. No. 3.
- Xi, Jinping. (2016). Promoting the Comprehensive, Coordinated and Sustainable Development of Undertakings on Aging. [http://news.xinhuanet.com/politics/2016-05/28/c\\_1118948763.htm](http://news.xinhuanet.com/politics/2016-05/28/c_1118948763.htm).
- Xu, Qingwen and Julian C. Chow (2011). “Exploring the community-based service delivery model: Elderly care in China.” *International Social Work* 54 (3): p:374 - 387. doi:10.1177/0020872810396260.
- Yeung, Agnas K.C., Kwok Kin Fung, and Kim Ming Lee. (2015). “Implementation Problems in the Development of Urban Community Services in the People’s Republic of China: The Case of Beijing.” *The Journal of Sociology & Social Welfare*: Vol. 26: Iss. 3, Article 10.



## 第3章

# 建设一个多元且平衡的长期照护服务体系

冯占联 李清华 葛蔼灵 郑楠 Joshua M. Wiener<sup>1</sup>

### 3.1 引言

尽管中国的养老服务建设仍处在早期发展阶段，但是中国当前的政策措施已经把关注点放在增加各种类型的养老服务整体供应方面。中央政府颁布的《中国老龄事业发展“十二五”规划》为发展三级社会养老服务体系构建了政策框架，该计划是以居家养老为主，社区养老为依托，机构养老为支撑。在众多其他目标之中，该计划旨在五年内增加340多万张养老床位（这一数量是2013年美国拥有的养老床位的两倍多），总体容量扩大到660万张床位，在2015年达到每千名60岁及以上的老人拥有30张床位的目标（政府统计数字显示，这些目标均已实现）。2013年国务院发布政策文件，号召促进养老服务业的发展，政府希望民营部门能以市场为导向，迅速填补需求缺口。2015年，由民政部牵头，十部委联合颁发了后续配套政策，敦促地方政府采取措施，鼓励和促进民营资本进入养老服务行业。

对于政策制定者来说，重要的是规划和发展满足消费者需求和偏好的最佳服务组合，营造对服务对象约束最少的环境并提供养老服务，充分重视和尊重老年人的独立、自主、尊严和生活质量。至少在原则上，越来越多的国家将这些视为理想的政策目标。然而，现实中要达到这些目标是有挑战性的，需要克服无数实际的和制度性的障碍。

本章回顾了长期照护服务供给的国际经验，主要是研究相关文献以及美国和其他经合组织成员国的相关经验。这些国际经验提供了历史先例和经验教训，中国政策制

---

<sup>1</sup> 冯占联，美国RTI International高级研究员；李清华，美国RTI International研究员；葛蔼灵（Elena Glinskaya），世界银行中国、蒙古、韩国局人类发展项目首席经济学家和项目主任；郑楠，美国RTI International高级研究员；Joshua M. Wiener，美国RTI International杰出研究员和RTI International老龄、残疾和长期照护研究项目的前主任。



定者可以加以借鉴，以指导发展可行的、适合中国社会经济、文化、政治背景和市场环境的长期照护服务体系。随后，我们对最新的中国养老服务发展环境进行了分析，特别是近年来在一些省份和城市出现的政策尝试和新兴的服务供应模式。在本章结尾，我们讨论了未来数年中国进一步发展养老服务的关键政策问题和挑战，也酌情提出了一些政策建议。

## 3.2 长期照护服务供给的国际经验

在国际上，长期照护服务的供应根据可获得的服务组合和提供服务的机构不同而不同，受到每个国家特殊的政策背景、社会环境和政治环境的影响（Wiener, 2011）。尽管我们已经发现老年人普遍青睐居家和社区养老服务，而不是机构养老——这与许多国家将养老服务从机构养老转向居家和社区养老的大方向是一致的——但对于许多国家的政策制定者来说，如何达到最佳的、平衡的组合服务，以及怎样实现这一组合，仍然是个未知数。

### 3.2.1 老年人普遍青睐居家和社区养老

越来越多的人认识到，以人为本的养老服务的关键在于了解消费者的偏好，提供形式多样的服务和支持供其选择，是高效的服务供给和优质的养老服务的必要组成部分。长期照护服务选择的偏好包括场所（提供养老服务的地点）和养老服务提供者（提供养老服务的个体或组织）。大体来说，提供养老服务的场所有三种：家庭、社区和机构。在居家和社区养老中，主要由家庭成员和其他非正式（无偿）的照料者提供照护，可获得的和可承担的正式（有偿）服务和相关支持为补充。在机构养老中，照护服务由正式的服务人员提供。本章讨论的焦点是正式的养老服务和支持，尤其是那些由政府资助的、与政策相关的养老服务。

从经合组织国家及其他国家的情况来看，各项研究和民意调查都表明，大多数需要长期照护服务的老人更愿意接受居家养老和社区养老服务，而不是机构养老（Colombo et al., 2011; Eckert, Morgan and Swamy, 2004; Kane and Kane, 2001; Keenan, 2010; Wolff, Kasper and Shore, 2008）。尽管各国之间有文化差异，但是这一偏好却是普遍存在的。在美国和其他经合组织国家，主要的养老服务提供者是家庭成员和其他非正式照料者（Fujisawa and Colombo, 2009; Gibson and Houser, 2007; Kaye, Harrington and LaPlante, 2010）。这既表明老年人大都喜欢居家或社区养老服务（Eckert, Morgan and Swamy, 2004），也说明这些老年人喜欢的养老场所能够提供的正式养老服务和支持是有限的，老年人所能的承受的能力也是有限的。

老年人，特别是身体和认知障碍程度较轻的老年人，如果能够住在自己家里或熟悉的社区，那么他们会生活地更加健康和快乐（Keenan, 2010）。的确，大部分老年人

看重的独立和自主在家庭和社区更有可能实现 (Welford et al., 2010; Wolff, Kasper and Shore, 2008)。相反, 研究表明大型养老机构会培养依赖性, 而不是独立性 (Barkay and Tabak, 2002; Welford et al., 2010)。在养老机构, 居住者在自己日常生活和照料方面的选择更少, 同时养老机构为老年人提供个性化服务 (个别服务) 也比较困难。此外, 养老机构是典型的、以机构为中心的养老服务模式, 即照护和服务安排更多是为方便设施的使用, 而不是为方便客户的需求。研究表明, 和以机构为中心的养老服务相比, 享受以消费者为中心的长期照护服务者的生活质量更高, 对自己的照护服务也更加满意 (Foster et al., 2003)。

大多数有长期照护需求的老年人实际上希望住在自己或其家庭成员的家里, 并且希望这种状态可以维系。在经合组织成员国中, 大约70%接受长期照护服务的老人住在自己家里或当地社区 (Colombo et al., 2011)。在美国, 估计大约有1200万人需要长期照护服务和支持, 在这些人有超过1000万人在家中或社区接受养老服务 (Kaye and Harrington, 2015)。如果有恰当的支持, 老年人将能够尽可能长地留在他们最想待的地方, 即“原居安老”(aging in place)的理念。

在大多数情况下, 机构养老应该是在用尽了其他任何有意义的办法, 同时又需要更专业的护理时的最后一种选择。随着身体和认知功能的退化, 老年人越来越需要养老机构提供的更加复杂的专业服务照料。研究表明, 随着照顾需求的增加, 老年人对居家和社区养老服务的偏好会逐渐降低 (Guo et al., 2015; Wolff, Kasper and Shore, 2008)。尽管对机构长期照护服务偏好的转变与不断恶化的身体失能和认知障碍有关, 但是老年人对机构养老的厌恶情绪仍然强烈且普遍存在。

### 3.2.2 平衡服务环境和服务供给者的服务组合

综合考虑所有情况, 最佳做法是提供持续的长期照护服务, 平衡不同养老场所的服务组合, 从而满足老年人的需求和偏好。如果把养老体系的重点集中在养老机构, 就忽视了大多数人喜欢的、同时也是实际上非常需要的居家和社区养老。

在经合组织成员国, 服务组合越来越多地转向居家和社区养老服务, 这反映了老年人的偏好, 也显示了长期照护政策的发展方向。在这些国家, 正式的养老服务历来是由地方政府、宗教组织和慈善组织经营的养老院提供 (Mor, Leone and Maresso, 2014; Smith and Feng, 2010)。居家和社区养老服务的需求和发展通常出现较晚, 故而在很多国家长期照护服务倾向于由机构养老服务和提供者主导也就不足为奇了。然而, 在过去的二三十年间, 几乎所有经合组织成员国都将长期照护供给从机构养老转向了居家和社区养老。

政策转变的重要驱动力来自控制长期照护服务的费用, 同时又满足不断增长的需求。机构养老实际上比居家和社区养老的成本更高 (Kaye, Harrington and LaPlante, 2010)。2008年, 经合组织成员国的机构养老费用占长期照护服务支出总额的62%, 但

是平均只有 1/3 需要长期照护服务的老人接受了机构养老服务 (Colombo et al., 2011)。在美国, 机构养老服务的人均支出比社区养老服务高出五倍之多 (Kaye, Harrington and LaPlante, 2010)。随着老年人口数量不断增加, 长期照护服务需求也不断上升, 对长期照护服务的不同场所的资源分配政策需要在经济上可持续, 特别是在经济衰退时政府面对有限的预算压力之际。

为满足老年人最喜欢的居家养老需求, 同时控制长期照护服务的支出, 经合组织国家采取了一系列政策来鼓励居家养老, 包括采取供需组合干预措施, 直接扩大居家养老服务供应 (如加拿大、爱尔兰、新西兰、瑞典和波兰) 等调控措施, 以及经济激励。例如, 芬兰和捷克制定了指导方针以促进居家养老, 而且只接收那些护理需求高的老年人。同样, 匈牙利由于有预算限制, 对养老院接收老年人的条件制定了更为严格的标准。在瑞典, 《关于患有特定功能障碍者的支持和服务法案》(1995年) 让城市里大批患有功能障碍者从医院返回家中。为了促进用户选择, 促进居家和社区养老服务以及资源再平衡, 有些国家 (如在澳大利亚、荷兰、瑞典、美国和英国的现金福利) 采取了经济激励措施来引导用户或者服务的提供者进行选择。

在过去 20 年间, 美国政府资助的长期照护服务 (主要通过医疗补助制度, 是由联邦和州政府共同出资, 为贫困人口提供医疗和保健服务的项目) 已经从养老院服务转向居家和社区养老服务 (Feng et al., 2011; Wiener, Anderson and Brown, 2009)。2010 年《平价医疗法案》制定了卫生改革目标, 进一步扩大居家和社区养老服务, 加快再平衡的进程。居家和社区养老服务计划让各州能够灵活地扩大居家和社会养老服务的效益。遵循“社区优先选择方案”, 为家庭照护者提供支持和服务的州能够获得更多的联邦政府资金。根据“钱随人走”计划, 各州还可以获得从机构划拨给社区的、为医疗补助受益人支付的额外的资金。从 2005 年开始, 这些项目增加了各州的联邦基金, 目的是支持某些能够在客户喜欢的地方提供服务的项目, 如客户的家中。此外, 通过增加联邦基金补助, “各州平衡激励计划”鼓励各州增加居家和社区养老服务医疗补助的比例 (Colombo et al., 2011)。这些举措与老年人的偏好一致, 目的是纠正美国长久以来形成的、传统的长期照护服务的“机构偏差” (Smith and Feng, 2010)。尽管取得了一些成就, 但长期照护服务总体支出花费的大头仍然在机构养老。

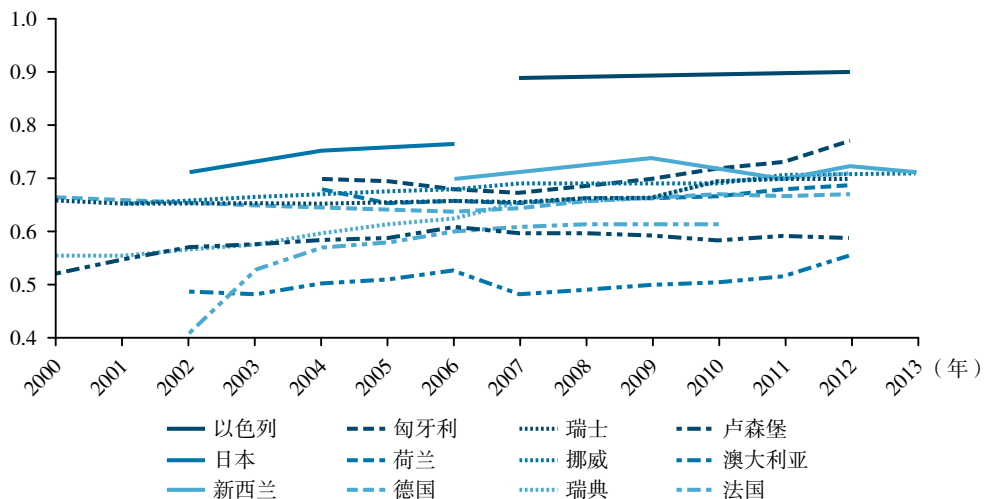
其他国家也采取了刺激调整政策。爱尔兰和法国已制定目标增加社区服务, 法国颁布了“2007—2010 年老年团结战略”和“2008—2012 年全国老年痴呆症计划”。芬兰计划到 2012 年, 将老年人家庭护理服务的使用率从 6.5% 降到 3%, 鼓励社区养老, 增加居家养老供给。澳大利亚、奥地利、芬兰和卢森堡等国家已经改善了家庭护理 (和姑息治疗) 的福利待遇系列政策。2004 年, 加拿大制定了“十年计划”, 以加强医疗服务, 这项计划提供免费的短期家庭护理服务 (Colombo et al., 2011)。

从 21 世纪初开始, 亚洲国家也采取了类似政策, 以支持家庭或社区养老的供给。2006 年, 日本政府批准了为老年人提供全面的、以社区服务为重点的改革, 武藏野市是社区整体养老服务的成功范例。在日本, 长期照护服务的酬金会根据服务接受者

日常活动受限能力的不同而有所不同，但由于在最初的时候，最严重和最轻的状况之间的酬金差距在20%以内，所以服务提供者更愿意接收中度失能的病人（Ikegami, Yamauchi and Yamada, 2003）。为了纠正这种不当动机，从2006年开始，照护那些只需接受最轻微程度护理的患者——他们在所有接受长期照护服务的患者中占一多半——的酬金已经降到护理成本以下。对于那些能成功地让一定比例的患者在家中养老的养老机构，政府也会支付额外的酬金。新加坡也成立了国家基金，给想要接受培训的照护人员提供补助金，以促进居家养老的发展。泰国在2011年实施了长期照护服务国家计划，其中之一就是延长老人居家生活的时间（比如，家居无障碍改造的补助为15000泰铢）（Colombo et al., 2011; HelpAge International, 2014）。

在自己家中接受长期照护的人数不断上升，反映了居家养老的进步与发展。根据已有的数据显示，在过去十年里，大多数经合组织国家居家养老者的比例都增加了（除了芬兰和西班牙呈现出下降趋势）。图3.1显示了所选经合组织国家中65岁及以上的老年人在家接受正式长期照护服务比例的变化情况。例如，法国的居家养老者所占比例从2002年的41.8%上升到2010年的61.3%；葡萄牙的这一比例从2009年14.9%上升到2013年34%，增加了两倍多（未显示）。目前，在匈牙利、以色列、日本、挪威、瑞典和新西兰，有超过70%的老人在家接受长期照护服务，其中以以色列这一比例最大（超过90%）。

图3.1 2000—2013年所选经合组织国家65岁及以上老年人在家接受长期照护服务的比例



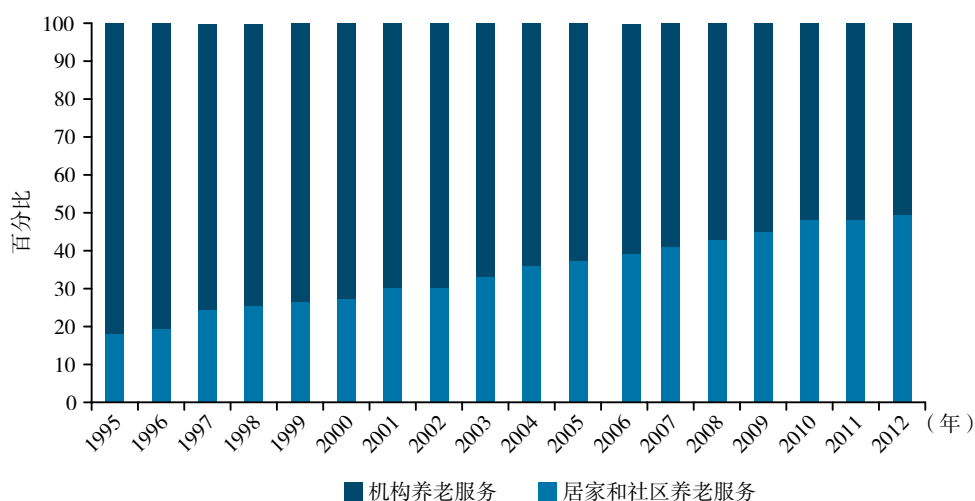
注：养老服务接受者包括在养老院或家里接受正式（即有偿）长期照护服务的人。

资料来源：作者对2014年经合组织国家卫生统计数据资料的研究。

长期照护服务在居家养老方面的支出分配相对于机构养老方面也出现了转变。从

2005年到2011年，经合组织国家政府在居家养老方面的支出年增长率为5%，而在机构养老方面的支出增长只有4%（OECD/European Union, 2013）。在过去20年里，美国在居家和社区养老服务方面的支出增长相当大。如图3.2所示，居家和社区长期照护服务（包括为有智力和发育性残疾的非老年人提供的服务）的医疗补助总支出所占比例已经从1995年的18%增加到2012年的近50%。相反，机构养老支出所占比例正在不断降低。<sup>1</sup>

图3.2 1995—2012年美国长期照护服务的医疗补助计划总支出比例：机构养老服务与居家和社区养老服务



资料来源：Eikenet al., 2014。

然而，虽然在大多数经合组织国家中居家和社区养老服务不断扩大，但机构养老占长期照护服务支出的比例仍然很高。部分原因可能是在养老机构接受养老服务者的需求的增加，以及养老机构专业护理人员的费用增高。

居家和社区长期照护服务的调整将会继续进行。对居家和社区养老服务、机构养老服务最佳的、可持续的资源分配取决于服务组合使用者的需求、偏好以及是否有非正式照护者。

### 3.2.3 居家和社区长期照护服务面临的挑战

调整长期照护服务体系，重新分配资源，需要掌握人口和社会的偏好以及居家和

<sup>1</sup> 出现这些转变的部分原因是由美国最高法院1999年的裁定引起的（奥姆斯特德诉L.C.案）。该裁定规定，根据《美国残疾人法》（1990年签署通过），不公平的隔绝失能人士是非法歧视，当失能人士能够在有限的支持下在社区生活时，将他们送入养老院违反了《民权法》。这个里程碑式的决定要求各州在与当地社区整合的环境下保障失能人士能够得到适合自己的服务。

社区养老服务所带来的利益与挑战。促使扩大居家和社区长期照护服务的关键假设是这种服务比机构养老服务更为经济有效，利于控制长期照护服务的支出。然而，这种假设缺乏有力的实证支持。

在成本效益方面，当前的证据顶多是不确定的，之前的研究也缺乏力度并不充分（Grabowski, 2006; Konetzka, 2014; Weissert, Cready and Pawelak, 1988; Wysocki et al., 2012）。也有人担心居家和社区养老服务不一定能节约成本，最终有可能导致长期照护服务支出的增加（Konetzka, 2014）。有两个因素可能导致预期支出不足：“冒出”效应（the “woodwork” effect），这可能会促使之前不会使用机构养老服务的人使用居家和社区养老服务（Eiken, Burwell and Sredl, 2013; Kane et al., 2013），以及通常不计算在内的免费家庭照护者所提供的非正式照护服务的成本（Konetzka, 2014）。

居家和社区养老服务的服务质量也缺乏有力依据，部分原因是由于在居家和社区环境下很难进行质量监管。服务使用者、养老服务提供者和资金来源的多样性不仅给居家和社区养老服务供应带来了挑战（美国政府问责局，2015），也给衡量、监管居家和社区养老服务质量带来了挑战（美国医疗保险和医疗补助服务中心，2014）。我们有理由相信，未来机构养老服务的质量在某些领域应该比居家和社区养老服务的质量更高。例如，养老机构可能更安全，设计也更合理，更能满足失能和体弱多病老人的需求，养老机构的工作人员也能提供比非正式的家庭照护人员更为专业和质量更好的护理服务。另一方面，还应当更加关注老年人的社会心理健康状况。尽管家庭和社区能让老年人拥有自主权和隐私（这也是他们喜欢和珍视的），但是孤立、寂寞和抑郁是其潜在的“副作用”，这些对健康和高质量的生活会产生不利影响。特别是对行走不便、不能获得充分帮助以及住在偏远农村的老年人不利。相反，住在养老机构的、患有类似的功能和认知障碍者可能有更多机会与其他老人交往，享受更多的社交生活。

社区没有准备好满足老年人不断增长的需求，特别是失能或有认知障碍的人，是提供优质居家和社区养老服务的另一潜在障碍。例如，美国哈佛大学住房研究联合中心的最新研究表明，现有的存量房不足以满足老年人的社区长期照护服务需求（美国哈佛大学住房研究联合中心，2014）。首先，高昂的居住成本会限制老年人购买生活必需品和健康保健服务的能力；其次，大多数住房并没有提供老年人所需要的基本的无障碍设施，因此，患有功能性或者认知障碍的人住在这里并不安全，也不合适。此外，交通工具的不足也可能会限制居住在社区的老人的活动，特别是那些住在郊区或者是农村的老人，这会让他们产生孤独感，进而与社会脱节。

### 3.2.4 公立和民营部门在养老服务供应中的角色

养老服务的提供者包括政府经营、非营利性组织和营利组织等。今天，在多数发达国家，通常是由民营部门的实体机构提供养老服务，而不是直接由政府提供（最著名的例外是北欧国家。在这些国家，地方政府直接提供了大量的服务，但他们也在向

民营部门提供的方向发展)。这种模式与以市场为导向的经济发展异曲同工,即认为民营部门服务提供者相比于公立部门来说,能够提供更加有效的生产方式和服务。此外,尽管各国的所有权不同,但是民营企业养老服务的提供者都是以营利为目的,而不是非营利性的组织。

在美国,养老护理行业已经由政府所有和志愿者之家的形式转向了私人机构,多功能设施连锁机构的所有权越来越集中(Hawes and Phillips, 1986)。当前营利性的养老院占美国养老院的比例达到69%,床位所占比例为71%,而非营利性养老机构只占了大约25%,床位数只占24%;公办养老院仍然占具最少的份额,大约只占养老机构总数的6%,床位数只占6%(医疗保险和医疗补助服务中心,2013)。从2003年到2012年,营利性养老院的数目略有增加(从10717家增加到10825家),而非营利性机构总数减少了大约16%(从4633家减少到3912家),公办养老院减少了11%(从1030家减少到915家)(医疗保险和医疗补助服务中心,2013)。

今天,美国仍然继续把为数不多的公办养老院私有化,因为地方政府面临的预算压力不断增加,试图把政府直接提供服务的作用最小化(Amirkhanyan, 2008)。相对于专业养老院,安老院(residential care facilities)为失能程度较轻的老年人提供服务(如辅助型生活设施和寄宿养老院),其中大约82%是民办营利性机构,而剩下的18%是民办非营利机构或其所有权归州、市或者地方政府所有(Park-Lee et al., 2011)。其他类型的长期照护服务提供者,如家政服务、家庭保健机构、成人日间服务提供者等,也主要是民办营利性机构。

在20世纪80年代的英国,大多数养老院是公立的并且社区养老服务有限,但如今绝大多数的成人社会照护服务提供者已经转移到民营部门(Malley et al., 2014)。传统上通常是地方政府经营养老院,但在20世纪80年代和90年代,民营、营利性企业迎来了爆炸式增长,政府经营的养老院只剩下不到10%(英国社会关怀检查委员会,2009)。私有化背后的理论是:竞争会为消费者提供更多选择,价格更低、形式更灵活且更以消费者为导向。在韩国,几乎所有的长期照护服务的提供者(安老院和家庭护理提供者)都是民营的(Jung et al., 2014)。私企、非营利性服务提供者在有些国家起到了更大的作用,如德国和澳大利亚。

所谓的斯堪的纳维亚模式在世界范围内都是一个例外。例如,瑞典的大部分服务提供者是政府部门和机构,虽然也有私有化运动(瑞典卫生和社会事务部,2007)。国有制的目标是提供养老服务,而不考虑其是否盈利。然而,政府经营和提供养老服务经常会产生官僚主义、浪费和效率低下的问题。这也是为什么在大部分以市场为导向的国家中,政府选择与民营部门合作,扮演服务购买者的角色,而不是成为直接服务的提供者。

### 3.3 当前中国长期照护服务的形势

传统上，中国的养老仅仅局限于家庭范围之内，长久以来尊奉儒家的孝道行为规范。基于这一文化背景，中国制定了相关法律——成年子女有义务在身体、经济和情感上赡养老人。然而，在过去的几十年里，快速的人口和社会经济变化削弱了家庭养老系统，人们越来越担心仅依靠家庭已经不能担负起养老的责任和重担了。同时，已经实施了30多年的“计划生育”政策进一步加重了这些担忧，也进一步削弱了家庭照护者的能力。

在此背景下，最近出现了在传统的非正式支持网络之外的可供选择的服务形式，即新的正式的养老服务，这是为了满足在家庭中无法得到充分照料的失能或身体孱弱的老人的需求。在政府的政策和民营部门的积极推动下，这个新兴行业在全国发展迅速。由于缺乏数据，很难清晰地全面描述这个快速发展的行业。最新发表的研究披露了少量的证据，描绘了目前发展不平衡的情形，其特征是养老机构繁荣发展（Feng et al., 2014; Feng et al., 2011b; Zhan et al., 2006），相反，居家和社区养老服务发展有限（Wu et al., 2005; Xu and Chow, 2011）。根据目前能够得到的信息，我们对上述养老服务模式的近期发展进行了描述。

#### 3.3.1 繁荣发展的机构养老服务

正如最近一系列政策指令所显示的那样，中国的中央和地方政府通过增加财政性刺激的手段，积极鼓励民营部门开办养老服务机构，如对新建养老院的一次性补贴，对每个实占床位给予持续的经营补贴。政府增加了对养老院的投入，这也促进了近年来机构养老的快速发展（Feng et al., 2014; Feng et al., 2011b）。

根据政府的数据，全国养老机构床位总数大约从2010年的315万张增加到2014年的578万张，短短的五年间净增加超过263万张，增长了83%。相对而言，养老机构床位的数量从2010年的每千名60岁及以上老年人拥有17.7张床位增加到了2014年的27.2张床位，增长了几乎54%（见表3.1）。<sup>1</sup>在这一时期，尽管床位总供给平稳增长，但是养老机构的总数每年却是波动的，并且其数量实际上在减少，从2010年的39904家减少到2014年的33043家。这说明，这一时期大部分床位供应的增加是由于现有机构的扩张或合并所导致的。这些机构中大部分（约占3/4）是地方政府资助和管理的农村敬老院。

<sup>1</sup> 重要的一点是，中国不同类型的养老机构的差异化不足。尽管政策的制定者有意根据每个机构所服务的居民和提供的服务的不同而做出有意义的分类，同时也有助于监管，但是迄今没有大的进展。从已经发表的研究来看，政府的统计数据倾向于把不同类型的养老机构合在一起考虑——从小型寄宿养老院和提供少量专业护理的老年公寓，到大型的现代的配备护理服务、康复治疗，甚至医疗护理的疗养院，跨度极大（Feng et al., 2014）。除此之外，有些民营机构可能没有正式登记（很可能是小型寄宿养老院），所以这种机构的数量也无从确认。



表 3.1 中国养老机构和床位的数量

	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
养老机构	39904	40868	44304	42475	33043
养老机构床位(百万张)	3.149	3.532	4.165	4.937	5.778
每千名60岁及以上老年人拥有的床位数(张)	17.7	19.1	21.5	24.4	27.2

资料来源：民政部社会服务发展统计公报 (<http://cws.mca.gov.cn/article/tjbg/>)。

尽管中国人均养老服务床位数有所增长，但是与大多数发达国家相比，仍然有很大的差距。据估计，中国有1.5%—2%的老人（65岁及以上）居住在养老机构，而西方国家相关的数字为5%—8%（Chu and Chi, 2008; Gu, Dupre and Liu, 2007）。

过去，中国的机构养老数量很少，而且仅限于小部分政府福利救济对象。在城市里，有一些被称作“三无老人”的群体，他们丧失了工作能力，没有收入来源，也没有法律监护人赡养，或者法律监护人没有能力赡养他们（国务院新闻办公室，2006）。<sup>1</sup>在农村，和“三无老人”性质一样的老人被称作“五保老人”，地方政府保证他们的吃、穿、住、医保和殡葬费。过去，一般把老人在机构养老视为耻辱，很少有家庭能把自己所爱的人送到养老机构由陌生人照顾。大部分养老院由国家、市、地方政府或集体经营。

为了满足不断增长的消费者的需求，公立和民营养老机构都在明显扩张，虽然在城市里民营养老机构的发展在近一段时间内仍占据主要地位。<sup>2</sup>比如，1980年天津只有四家养老机构（都是国营），1990年增加到13家，2000年68家，2010年增加到157家（20家国营，137家民营）（Feng et al., 2012）。在南京，1990年以前建立的养老院主要是公立养老院（96%），但在20世纪90年代这类养老院的占比越来越少（60%），步入21世纪后则大量减少（23%）。

在20世纪90年代中期，中国实行改革，将国家福利机构的经营和融资权下放。自那时起，这些单位就转变了它们的经济基础——从依赖政府资金转向包括个人付费在内的多样化的收入来源。民营养老机构的日常营业收入几乎完全来自于自费的客户。即使在政府经营的机构，绝大多数现有的客户都是自费支付养老服务。目前，在南京，典型的政府经营的养老机构60%的收入都源于个人自费；在天津，这一数字达到了70%（Feng et al., 2012a）。

大体上，如今的中国有三种类型的养老机构，根据目标客户、收入来源和提供的护理服务的层次划分为：公立社会福利机构、养老院和退休/社区养老院。公立社会

1 在过去，“三无”是指“无子女，无收入，无亲属”。尽管更新了定义，但该词适用的人群基本一致。

2 农村地区的私立养老机构很少，主要是因为很少有农村老年人及其家庭能够负担得起养老费用，即使价格比城市地区低得多。另一个因素是文化上的：传统的信仰和孝道文化标准对农村地区比对城市地区的影响更大。总之，中国农村地区还不是新兴的正式养老服务的市场。

福利院已经存在几十年了，过去专门为福利救济对象服务，如无子女老人、孤儿、精神失常者，以及没有亲人、在发育上残疾的成年人。大多数这样的机构一般都建在城市里。近来，这类机构已经扩大了服务范围，接纳自费的且没有接受福利救济的个人，这些人在养老院现有居住者中占了大部分。公立社会福利机构能够提供的服务和便利设施在很大程度上取决于由哪级政府拥有和经营。众所周知，许多市政府经营的福利机构有很长的申请人名单，这些机构通常比下一级政府（如区或县）经营的养老机构的设备要好，有更吸引人的服务和便利设施。养老院有专业员工（如护士、康复专家和医师）提供娴熟的护理、康复或医疗服务。退休养老院和社区养老机构也包括老年公寓或者辅助型生活机构，能够提供不同层次的个性化养老辅助服务，但是服务专业性较低。

在所有权方面，各养老机构在广义上可以分为公办公营、公办民营、民建民营（见专栏3.1），后两个是政府促进和鼓励民营部门参与机构养老服务的发展所采取的各种方法中的常见做法。特别是公办民营模式被视为政府和社会资本合作模式（PPP），在该模式下政府与有能力的民营企业合作，由后者提供服务，管理企业的日常运营，同时享受政府补贴（如免费或低于市场价格的租金、降低公用事业费率、免税）。

---

### 专栏 3.1 中国的机构养老示例

河南省安阳市夕阳红老人公寓是公办公营的一个范例。该机构建立于2005年，现有260张床位。老人每月的开销包括床位费（2600元人民币）和餐费（480—850元人民币）。养老院提供健康保健和社交娱乐活动。另一个例子是位于山东省德州市的德州老人公寓，建立于1998年，现有300张床位。老人每月的开销包括床位费（550—650元人民币）和餐费（300—600元人民币）。根据个人养老需求的不同，有不同的养老方案，需额外支付260—960元人民币（独立生活、半独立生活或者完全无法独立生活）。此外，养老院还提供康复和医疗服务。

河南省郑州市的郑州和佑老年公寓是公办民营的范例。该机构建立于2010年，现有298张符合国际/美国行业标准的床位；提供个人护理、康复和专业的养老护理。老人每月的花销包括床位费（800—1200元人民币）、餐费（260—800元人民币），以及依据养老服务计划的类型收取的服务费（150—5000元人民币）。

江苏省徐州市智能一百老年公寓是民办民营的范例。该机构建立于2011年，现有316张床位（截至2014年，只使用了158张床位），由徐州老年病医院的医师和护士提供服务。老人每月的费用包括餐费（400元人民币），依据不同的养老方案，养老费从400元到1500元人民币不等。

私人开发并且民营的一个范例是山东省济南市舒心港湾重颐养老老年公寓。该机构建立于2011年，现有362张床（截至2014年，只使用了200张床位）。老人每月费用包括床位费（1480元人民币）、餐费（600元人民币），根据自理能力的程度制订养老计划，另收取200—1500元人民币的服务费。所有养老护理人员都在当地民政局接受过专业培训。老年公寓提供娱乐和医疗服务。另外一个范例是江苏省南京市的颐发红日老年公寓。给机构建立于2012年，现有床位352张（截至2014年，只使用了200张床位）。老人每月费用包括床位费（2040—3330元人民币）、餐费（600元人民币），根据自理程度的不同而制定的养老方案，另收取300—1200元人民币服务费。该老年公寓也提供医疗服务和娱乐服务。

资料来源：国际中华老龄产业协会，2014。

---

在中国，也有针对富裕和高收入老年人的高端民营养老机构。<sup>1</sup>这些机构数量相对较少，在质量方面也参差不齐，而且对大多数老人来说，其价格过于昂贵（Zhan et al., 2006）。北京恭和苑就是一个例子。该机构拥有269个综合单元，提供成套护理和服务，价格从每月7000元至16800元不等，这个价格是大多数人所承担不起的。<sup>2</sup>经营恭和苑的公司认为，他们迎合了市场上最顶端的0.1%的人的需求（财新网，2013）。由于缺乏有效需求，许多高档机构的入住率远低于其总设计的容量。

确实，尽管总体上城市公立养老机构的入住率比民营机构的要高，但是现有的政府和民营养老机构中仍有许多空床位。例如，2009年南京民营养老机构的平均入住率（养老机构中入住的床位占总体可用床位的比例）为69%，而公立养老机构为83%；2010年天津民营养老机构的平均入住率为76%，公立养老机构为91%（Liu, Feng and Mor, 2014）。民营养老机构的低入住率可能是因为收费较高（超过了许多老年人及其家庭的收入水平）和/或服务质量低造成的。然而，如果把人员配备—入住老年人比率与住院老人的功能性障碍等级联系起来衡量，民营机构可能比公立机构的人手更少，但是现有的有限证据表明，公立和民营养老机构的服务质量其实并没有明显的区别（Liu, Feng and Mor, 2014）。有报告显示，许多地方的农村敬老院入住率非常低，经常有一半以上的可用床位闲置。<sup>3</sup>这些养老机构环境糟糕、服务和设施缺乏、声誉不好，即使五保老人（这类机构的目标客户）也很少有想去的，更不用说那些追求养老质量、自费养老的人了。

缺乏足够的、训练有素的员工是改善中国养老机构质量的主要障碍，此外还包括薄弱的监管等其他因素。（Feng et al., 2012a）。最近的研究指出，与西方养老机构相比，中国养老院的员工年龄普遍偏大、教育水平偏低，很少有机构能够使用确定的质量标准来培训他们的员工，以适应工作需要（Song et al., 2014）。城市养老机构直接提供养老服务的员工大部分是移民——他们来自附近的农村，或者是在政府部门改革和重组过程中从国有企业下岗的人（Feng et al., 2011b; Song et al., 2014）。

### 3.3.2 居家和社区养老服务供不应求

自20世纪90年代以来，中国政府采取了多项措施促进以社区为基础的社会养老服务项目的实施，其中大多数和健康有关，如上门服务、紧急援助、成人日间照料项目、医疗和保健诊所，以及娱乐活动等（Xu and Chow, 2011）。居家和社区养老服务项目近

---

1 中国也有老年人住宅社区或退休社区，截至目前主要是在偏远的郊区，远离市中心，所以许多专家对其前景并不看好。像其他地方的人一样，大多数中国老年人更喜欢居住在离自己子女近和方便子女探望的地方。位置确实是老年人及其子女在选择养老机构时最为关注的条件之一。

2 相较之下，2013年北京市职工平均月工资是5793元人民币（<http://www.ecovis.com/focus-china/chinas-social-security-system/>），而老年人每月平均养老金实质上很低。比如，北京市的国有企业的退休金每月平均3355元人民币，这一数字是2015年退休金的最新一次上调后的（<http://www.chinanews.com/sh/2015/03-13/7128422.shtml>）。

3 “农村养老机构的低入住率：归罪于糟糕的设施和经营管理”（中国新闻网，2013）。

年来也在兴起和扩大，它们多数集中在主要的大都市（Wu et al., 2005），但即使是在这些地方，现有的服务也参差不齐。虽然政策大力支持在农村发展这类项目，但在农村地区，即便有这类项目，其数量也很少。

在城市地区，以社区为基础的社会养老服务通常由半官方的社区组织经营和管理，主要由小型民营机构服务提供者和志愿者提供服务（Xu and Chow, 2011）。在养老服务的供应和交付方面，提高地方政府的作用和社区的责任是这些新的社会项目的前提。Xu 和 Chow（2011）区分了公益援助基金支持的服务——其目标人群是低保系统覆盖的低收入者（政府为贫困人口提供最低生活保障金）——和其他福利项目以及以社区为导向的资金来源不同的项目。第一种类型的服务由政府直接提供资金，通常是免费服务或者收费最低的服务。<sup>1</sup>第二种类型的服务包括成人日间照料中心、居家护理、社区赞助膳食计划、社区厨房、娱乐中心和互助网络平台。这类服务是由社区和政府，以及个体、企业、学校、医院和其他组织资助的。这些服务要收费，因此只有有能力的老人才能负担得起。对这些服务的补贴额度主要取决于地方基金、是否有可用的训练有素的员工，以及社区参与的积极性等方面。

星光计划在社区养老服务中算是较早的一个例子。从2001年到2004年，政府总计投资了134亿元人民币（约21亿美元）建造城市社区养老中心。到2005年，全国已经建造了32000间星光养老中心，然而这些中心并没有达到最初的目的。2005年之后，在某种程度上由于政府逐渐减少了经济支持，星光计划的发展势头减弱，相似的举措是否可以持续的问题也随之而来（Feng et al., 2014）。

在北京，地方政府创建了被称为“四个就近方案”的模式，为老年人提供学习、社交、护理支持以及参与社区事务等资源。然而，近期的评价表明，护理支持功能在社区或家庭间界定不清晰，不同机构和服务提供者协调不力，这也证实了在缺乏单位成本评价和标准的情况下要继续这一模式的代价是非常昂贵的。

最近，一种新的居家养老模式在中国流行起来，称之为虚拟养老院或没有围墙的养老院。其特征是：居家养老机构提供广泛的上门个人护理和家政服务。打电话给由地方政府资助的信息服务中心，中心将派遣合格的服务人员去老人家里提供服务。参与服务者与地方政府签订合同，由政府为有资格的养老服务补助对象购买服务，报销服务费，并且大部分养老服务补助的对象是“三无”老人或其他身体孱弱的老年人。自2007年江苏省苏州市开创这种模式以来，虚拟养老院模式已经传播到许多地区，其中包括西北部的甘肃省（Feng et al., 2012）。

四川省成都市计划加快社区养老服务的发展。区级政府建立了社区服务站来提供日间照料服务和暂托服务。虽然这些政府建立民间经营的社区服务站极受欢迎，但是利润微薄。在重庆市（中国四个直辖市之一），社区和居家养老服务最初的服务质量

---

<sup>1</sup> Xu 和 Chow（2011）描绘了中国的社区养老服务模式，与“纵向和横向”的服务结构一致。它由政府提供纵向资助，由政府、社区和个体提供横向资助。

低，只有高收入老年人能够承担得起相关费用。

自从2011年以来，天津市四个区设立了虚拟养老院，老年人可以通过互联网设备选择各种服务（如购物、医疗服务、家政和餐饮服务）。这主要是面向低保对象、极端贫困的老年人、失能老人或者最老的老人（80岁及以上）提供的服务。这样的虚拟养老院只有15个工作人员，可以服务大约5000名老人。自2009年以来，甘肃省的虚拟养老院已吸引了95个企业提供服务，90000名老人在系统注册登记，其中25000名老人经常使用服务。

浙江省杭州市西湖区2011年开始推出暂托服务，尝试给家庭照护者提供临时暂托服务。根据申请，可以提供5—30天的免费养老服务，一天8小时。已经照顾老人超过一年的家庭成员可以得到临时暂托服务，每年大约有60户家庭提交申请。政府拨款200万元人民币资助这项服务，只是在杭州一个区进行试点。用更加切实可行的办法让民营养老服务提供者提供短期服务是目前讨论的重点。

天津市建立了日间照料中心，可以提供暂时护理服务。当成年子女需要出差几天时，就可以将老人送到这里。政府打算在天津市的每个区都建两个以上这样的日间照料中心。2012年，广东省广州市在城区内132个住宅区投资1.39亿元人民币设立专项资金，购买保姆和其他个人服务，通过建立综合居家养老服务中心网络整合社区养老资源。

关于中国农村的养老服务，有些省份已经取得显著的成绩。例如，河北省在农村实施了“五位一体”项目，把五种类型的养老机构整合为一体（服务于复员军人、五保老人、退休军队干部、福利救济家庭和其他社会救济机构）。河北省目前已经有215个这种类型的机构，共为60%的五保老人提供服务；此外，河北省还建立了农村合作企业——幸福院，让农村老人共同住在一起。这里没有员工，取而代之的是老人彼此之间的互相照看。村里提供免费住房和设施，五保老人的生活开销由政府提供，而其他老人则必须支付生活费（自己支付或家庭成员支付）。

同样地，甘肃省设立了城市社区成人日间照料中心和农村幸福之家，两者都由中央和省级政府的福利彩票基金支持。2010年，黑龙江省五个村/镇被选中作为农村养老服务系统的试点，其目的是扩大农村养老服务目标对象的范围。

2014年，社区成人日间照料中心在全国范围内覆盖了近32%的城市社区。中央政府设立的目标是到2015年达到60%。2014年，农村幸福院（首先建立于2012年）覆盖了12%的农村地区。社区和居家养老市场也正在发展服务于高收入人群的行业。例如，美国专业的居家照护服务公司仁爱华公司2011年进入中国，在北京提供24小时护理服务，每月收费15000元人民币（财新网，2013）。许多高端养老服务提供者已经进入了上海和广州的市场。

虽然取得了不少进步，但是中国的居家和社区长期照护服务仍不发达，而且在农村和城市都面临着许多挑战（Yang，2013）。到目前为止，机构养老服务爆炸式增长，机构养老仍是中国不断发展的养老系统的主力，与之相比，居家和社区长期照护服务则相形见绌。

### 3.3.3 政府和民营部门在服务供应中的作用：当前的做法和存在的问题

中国目前正在尝试与世界范围内大多采用的把政府提供的养老服务转移出去的做法，这同养老机构总数的增加其实是一致的。虽然社会福利机构（仅服务于福利救济对象，由政府资助和经营）曾经占据主导地位，但是民营养老机构是最近增长的主要驱动者（Feng et al., 2014; Feng et al., 2011b）。目前的体系主要有两种类型的机构养老：一种是由政府直接投资、所有和经营；另一种则是由市场引导，由民营企业开办、所有和经营（Feng et al., 2012）。

由于只有让民营部门加入才能够对应对迫切的需求，中国最近的政策方向进行了战略性转移，对政府角色进行了重新定位，即从服务的直接供给者和提供者转向服务的购买者和监管者。相应地，在过去十年里，政府发布了一系列国家政策方针，以加快民营部门在养老社会服务方面的发展。这些政策要求地方政府提供优惠政策，如免税，为新的和现存床位提供补贴，新建养老机构征地或租用以及减少公用事业费率等来鼓励民营资本进入养老产业。2013年，国务院政策文件（第35号文件）也清楚地阐明将进行重要改革，进一步把政府经营管理的养老机构私有化。从公办民营的机构到民间经营，政府通过在建设和经营中享受政府的支持和补贴来鼓励多样化。

在安徽省实施的加快发展养老服务业的计划中，有些措施是为了鼓励民营资本进入养老机构，包括：允许企业一个经营执照多点经营，获得经营执照后再获得许可证，消除注册登记的最低资本门槛、简化许可证办理程序，放松社区养老机构归档要求，非营利组织租借公立养老机构提供养老服务可以免除三年租金等。此外，考虑到政府预算补贴，民营服务提供者和公立同行享受同等水平的补贴，外商投资养老服务机构和国内机构享受同样的优惠待遇和补贴。

许多省级政府也在民营养老服务提供者方面设定了相应的目标。江苏省2010—2015年的目标是增加民营养老机构床位的比例，至少达到总床位的50%。政府建设民间经营模式的一个范例是安徽居家养老服务中心。地方政府为该中心投资了1000万元人民币。该中心每周服务的老人超过1000人。另一个例子是甘肃省陇南市的一家在地方政府的支持下建立的、民间经营政府支持的农村敬老院。每一个五保老人每年从政府领取1200元人民币补贴，政府提供1.5亩耕地（约0.25英亩）——耕地可以出租，每年收入1800元人民币。两者加起来总共3000元人民币，作为老人的生活费。医疗费纳入新型农村合作医疗覆盖范围。

公立和民营的养老机构并立，让人担心在公立和民营服务提供者之间存在不公正的竞争。公办养老机构比民营养老机构能享受更多的优惠，如政府在租赁、设备和运营成本方面的大量资助补贴，与当地社区和专业人士有更强的融合性。

公立和民营并存的养老机构还让人担心在消费者的选择以及服务的可及性方面存在潜在的不平等。研究表明，在大城市（如天津市和南京市），公办养老机构显然比民

营机构的入住率更高；然而和民营机构比，入住公立养老机构的老人平均来说更健康，功能性障碍更少（Feng et al., 2012b; Liu, Feng and Mor, 2014）。这些案例组合的差别很可能是因为选择性或歧视性的接收政策造成的，公立机构比民营养老机构更倾向于接收更加健康的客户。一项研究表明，公立养老院更可能为上层阶级或富裕家庭和退休干部保留，而经济困难的老人、患病的老人的选择权很少（Zhan et al., 2006）。公立养老机构的高入住率也表明大众需要政府补贴的养老机构，而很多民营养老机构却面临着填满空床位的挑战。

随着中国展开公共部门改革，公办养老机构应该重新制定接收政策，把最需要得到由政府支持的机构养老服务的人群作为服务目标，如失能、孱弱和其他弱势老年人等。<sup>1</sup>另一个担心是，在缺乏有效的监管情况下，养老服务供应转向民营部门可能会损害养老服务质量（Feng et al., 2014; Liu, Feng and Mor, 2014）。

### 3.4 展望未来：中国养老持续发展的问题

政府为发展三级长期照护服务体系所出台的总政策框架恰当地强调了居家和社区养老的重要性。像其他地方一样，中国老年人总的说来更喜欢在自己家或在社区接受长期照护服务（中国日报，2014；上海日报，2013）。

然而，现实情况是，现有政策和资源的分配更加鼓励机构养老，而不是居家和社区养老（Feng et al., 2012a）。部分原因是建设相关设施和床位（硬件设施）比在家庭和社区提供和管理服务更容易。因为与居家和社区养老服务相比，养老机构及其提供的服务种类更具体可见，地方政府也更倾向于强调后者，而不是前者。

此外，由于现行的政策把床位数量设为目标（有时候是员工数量），所以潜在的风险是中国新兴的养老体系可能会偏重于机构养老，而不是给予居家养老最高优先权。养老服务体系的核心功能应该是防止老年人进行不必要的住院治疗，让他们避免或延期进入养老机构。设定床位数的总体目标所带来的风险是忽视了很多老年人及其家庭的偏好，使居家养老丧失了优先权。浪费了本来可以更好地用来支持老年人喜欢的居家或者社区养老的资源，这可能就是现有的和新建的养老机构床位空置背后的原因。

除了少数大城市的市中心（如上海市）之外，能够自我维持的居家和社区长期照护服务几乎不存在。但另一方面，在街道和农村出现的少数服务表明，把服务扩大到老年人的家里，使老年人能够“原居安老”很重要，也很有潜力。这可能包括上门服务和家庭送餐服务。通过加强地方政府的支持，社区老人活动中心可能会被纳入这类项目。实现这种模式的全面发展，必须要求市、区和街道/街区的密切合作和协调。这个模式的总目标应该是随着需求的增加，不断加强援助的等级，能够让老年人在自己家里

---

1 令人鼓舞的是，有些地区在朝着正确的方向发展，并取得进展。例如，北京有一所由市政府经营的高端养老院正改变其接收原则——只接收失去子女的老人。将来，该机构只接受失去独生子女的老人。近年来，大家越来越关注那些处于极端困境中的人，因为第一代遵守中国计划生育政策的人正接近退休年龄（新华社，2015）。

尽可能地保留独立性。如果成功了，这种模式将会比西方大部分养老体系都更为可取。

要求更多设施和养老机构的床位也许有正当的理由，但是在发展长期照护服务体系的过程中，中国的政策制定者应该避免对机构养老的偏爱。相反，他们应该利用现有的政策工具（如免税、补贴和其他经济激励）来帮助构建平衡的服务组合，以应对老年人的偏好，并最大限度地满足他们的需求。运用这些工具应该与建立三级养老服务体系的总体政策目标相一致，即以居家养老为基础，社区养老为依托，机构养老为支撑。在可能的范围内，以及对老年人限制最少的场所提供长期照护服务。

目前，中国的养老状况由不同类型所有权和结构的服务提供者构成。政府也为服务发展和交付的一系列运作模型提供了试验场地，如政府建设和经营、政府建设民间经营、政府支持民间运营、政府补贴建设和运营成本，以及政府从民营部门购买服务。究竟哪一种模式会产生最好的结果，仍有待观察。

如前所述，养老服务的供应会逐渐转变到民营部门，随之而来的是人们对质量的担忧。在美国和其他经合组织成员国，大量调查研究证实了以营利为目的的养老服务方式和服务质量呈负相关（Comondore et al., 2009; Grabowski and Stevenson, 2008; Harrington et al., 2001）。目前，中国所有民营养老机构实际上都注册为非营利、非企业实体，因为这种身份可以享受免税和其他优惠政策待遇。然而，在实际运营中，它们表现得更像是营利性机构，由于对所有权和财产权缺乏清晰的法律界定，这种情况变得非常复杂。有限的研究证据表明，在特定的服务程序和服务质量方面，中国的公办和民营养老机构的差别很小（Liu, Feng and Mor, 2014）。尽管如此，和公立养老机构相比，民营养老院可能更缺人手，接收的老年人的健康状况更差，失能情况更严重。因此，许多民营养老机构也感到很难满足入住老人的需求，这也引起了大家对服务质量潜在的担忧。

没有强大的政府财政系统对质量差的服务进行制裁，可能就很难保证服务质量。为服务提供者提供经济援助，如补贴新建养老院和运营成本，降低公用事业费率，都不是执行质量标准的合适手段。此外，也有人担心，公立养老机构享受大量公共资源补贴，可能会阻碍与民营部门的公平竞争（Feng et al., 2012b）。因此，制定补偿（或者定价）战略是必要的。在这个领域，国际经验是采取“主要承包商”的方式，先界定服务包，服务提供者按照人头收费，或者服务收费和关键的绩效指标相关联（绩效工资）。然而，这些方法取决于切实的、系统的公共长期照护服务财务支持体系，但是中国目前尚未建立这种体系。

## 参考文献

- Amirkhanyan, A. (2008). Privatizing public nursing homes: Examining the effect on quality and access. *Public Administration Review*, 665–680.
- Barkay, A., and Tabak, N. (2002). Elderly residents' participation and autonomy within a geriatric ward in a



- public institution. *International Journal of Nursing Practice*, 8(4), 198–209.
- Caixin Online. 2013. “Blues for Gray Hair: What’s wrong with China’s elder care section.” March 6. <http://english.caixin.com/2013-06-03/100536498.html>.
- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2013). Nursing Home Data Compendium (2013 Edition) Retrieved 6/24, 2015, from [http://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/downloads/nursinghomedatacompendium\\_508.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/downloads/nursinghomedatacompendium_508.pdf).
- China Daily. (2014, March 13, 2014). In-home nursing gains popularity in aging China, from [http://www.chinadaily.com.cn/business/2014-03/14/content\\_17346869.htm](http://www.chinadaily.com.cn/business/2014-03/14/content_17346869.htm).
- ChinaNews. 2013. Low occupancy in rural homes for the aged: Ill equipped facilities and poor management to blame. January 21, 2013 (<http://www.chinanews.com/sh/2013/01-21/4505572.shtml>).
- Chu, L. W., and Chi, I. (2008). Nursing homes in China. *J Am Med Dir Assoc*, 9(4), 237–243.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., and Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*: OECD Publishing.
- Comondore, V. R., Devereaux, P. J., Zhou, Q., Stone, S. B., Busse, J. W., Ravindran, N. C., Guyatt, G. H. (2009). Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 339, b2732.
- Eckert, J. K., Morgan, L. A., and Swamy, N. (2004). Preferences for receipt of care among community dwelling adults. *Journal of aging & social policy*, 16(2), 49–65. doi: 10.1300/J031v16n02\_04.
- Eiken, S., Burwell, B., and Sredl, K. (2013). An examination of the woodwork effect using national Medicaid long-term services and supports data. *Journal of aging & social policy*, 25(2), 134–145.
- Eiken, Steve, Kate Sredl, Lisa Gold, Jessica Kasten, Brian Burwell, Paul Saucier. 2014. Medicaid Expenditures for Long-Term Services And Supports in FFY 2012, <https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/long-term-services-and-supports/downloads/ltss-expenditures-2012.pdf>.
- Feng, Z., Fennell, M. L., Tyler, D. A., Clark, M., and Mor, V. (2011). Growth Of Racial And Ethnic Minorities In US Nursing Homes Driven By Demographics And Possible Disparities In Options. *Health Affairs*, 30(7), 1358–1365.
- Feng, Z., Guan, X., Feng, X., Liu, C., Zhan, H., and Mor, V. (2014). Long-term care in China: Reining in market forces through regulatory oversight. In V. Mor, T. Leone and A. Maresso (Eds.), *Regulating long term care quality: An international comparison* (pp. 409 – 443). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Feng, Z., Liu, C., Guan, X., and Mor, V. (2012). China’s rapidly aging population creates policy challenges in shaping a viable long-term care system. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Health Aff (Millwood)*, 31(12), 2764–2773. doi: 10.1377/hlthaff.2012.0535.
- Feng, Z., Zhan, H. J., Feng, X., Liu, C., Sun, M., and Mor, V. (2011). An industry in the making: the emergence of institutional elder care in urban china. *J Am Geriatr Soc*, 59(4), 738–744.
- Feng, Z., Zhan, H. J., Guan, X., Feng, X., Liu, C., and Mor, V. (2012). The Rise of Long-Term Care Facilities in Urban China: Emerging Issues of Access Disparities (in Chinese). *Population and Development*, 18(6), 16–23.
- Foster, L., Brown, R., Phillips, B., Schore, J., and Carlson, B. L. (2003). Improving the quality of Medicaid personal assistance through consumer direction. *HEALTH AFFAIRS-MILLWOOD VA THEN BETHESDA MA-*, 22(3; SUPP), W3–162.
- Fujisawa, R., and Colombo, F. (2009). *The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand*. Paris: OECD Health Working Papers, No. 44, OECD Publishing.
- Gibson, M. J., and Houser, A. (2007). Valuing the invaluable: a new look at the economic value of family

- caregiving. *Issue Brief (Public Policy Institute (American Association of Retired Persons))*(IB82), 1–12.
- Grabowski, D. C. (2006). The cost–effectiveness of noninstitutional long–term care services: review and synthesis of the most recent evidence. *Med Care Res Rev*, 63(1), 3–28.
- Grabowski, D. C., and Stevenson, D. G. (2008). Ownership conversions and nursing home performance. [Research Support, Non–U.S. Gov't]. *Health Serv Res*, 43(4), 1184–1203. doi: 10.1111/j.1475–6773.2008.00841.x.
- Gu, D., Dupre, M. E., and Liu, G. (2007). Characteristics of the institutionalized and community–residing oldest–old in China. *Soc Sci Med*, 64(4), 871–883.
- Guo, J., Konetzka, R. T., Magett, E., and Dale, W. (2015). Quantifying Long–Term Care Preferences. *Medical Decision Making*, 35(1), 106–113.
- Harrington, C., Woolhandler, S., Mullan, J., Carrillo, H., and Himmelstein, D. U. (2001). Does investor ownership of nursing homes compromise the quality of care? *Am J Public Health*, 91(9), 1452–1455.
- Hawes, C., and Phillips, C. D. (1986). The Changing Structure of the Nursing Home Industry and the Impact of Ownership on Quality, Cost, and Access. In National Research Council (Ed.), *For-Profit Enterprise in Health Care* (pp. 492–542). Washington, DC: The National Academies Press.
- HelpAge International. (2014). Home Care for Older People: The Experience of ASEAN Countries.
- ICAIA (International China Ageing Industry Association). 2014. Understanding Nursing Homes in China: A Preliminary Research Presentation.
- Ikegami, N., Yamauchi, K., and Yamada, Y. (2003). The long term care insurance law in Japan: impact on institutional care facilities. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18(3), 217–221. doi: 10.1002/gps.818.
- Joint Center for Housing Studies of Harvard University. (2014). Housing America's Older Adults: Meeting the Needs of an Aging Population.
- Jung, H. Y., Jang, S. N., Seok, J. E., and Kwon, S. (2014). Quality monitoring of long–term care in the Republic of Korea. In V. Mor, T. Leone and A. Maresso (Eds.), *Regulating long term care quality: An international comparison* (pp. 385–408). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Kane, R. L., and Kane, R. A. (2001). What older people want from long–term care, and how they can get it. *Health Affairs*, 20(6), 114–127.
- Kane, R. L., Lum, T. Y., Kane, R. A., Homyak, P., Parashuram, S., and Wysocki, A. (2013). Does home–and community–based care affect nursing home use? *Journal of aging & social policy*, 25(2), 146–160.
- Kaye, H. S., and Harrington, C. (2015). Long–term services and supports in the community: Toward a research agenda. *Disability and health journal*, 8(1), 3–8.
- Kaye, H. S., Harrington, C., and LaPlante, M. P. (2010). Long–term care: Who gets it, who provides it, who pays, and how much? *Health Affairs*, 29(1), 11–21.
- Keenan, T. A. (2010). Home and Community Preferences of the 45+ Population: AARP. <http://assets.aarp.org/rgcenter/general/home–community–services–10.pdf>.
- Konetzka, R. T. (2014). The Hidden Costs of Rebalancing Long–Term Care. *Health services research*, 49(3), 771–777.
- Liu, C., Feng, Z., and Mor, V. (2014). Case–mix and quality indicators in chinese elder care homes: are there differences between government–owned and private–sector facilities? *J Am Geriatr Soc*, 62(2), 371–377. doi: 10.1111/jgs.12647.
- Malley, J., Holder, J., Dodgson, R., and Booth, S. (2014). Regulating the quality and safety of long–term care in England. In V. Mor, T. Leone and A. Maresso (Eds.), *Regulating long term care quality: An international comparison* (pp. 180–210). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Mor, V., Leone, T., and Maresso, A. (Eds.). (2014). *Regulating long term care quality: An international comparison*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- OECD/European Union. (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, OECD Health Policy Studies*. Paris, France: OECD Publishing.
- Park-Lee, E., Caffrey, C., Sengupta, M., Moss, A. J., Rosenoff, E., and Harris-Kojetin, L. D. (2011). Residential Care Facilities: A Key Sector in the Spectrum of Long-Term Care Providers in the United States. *NCHS data brief*(78), 1–8.
- Shanghai Daily. (2013). Elderly prefer to be cared for at home, from <http://english.eastday.com/e/130923/u1a7675125.html>.
- Smith, D. B., and Feng, Z. (2010). The accumulated challenges of long-term care. *Health Aff (Millwood)*, 29(1), 29–34.
- Song, Y., Anderson, R. A., Corazzini, K. N., and Wu, B. (2014). Staff characteristics and care in Chinese nursing homes: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(4), 423–436.
- State Council Information Office. (2006, December 12, 2006). China Publishes a White Paper on Its Undertakings for the Aged Retrieved October 10, 2012, from <http://www.china.org.cn/english/China/191990.htm>.
- Swedish Ministry of Health and Social Affairs. (2007). Care of the elderly in Sweden, from <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/08/76/73/a43fc24d.pdf>.
- United Kingdom Commission for Social Care Inspection. 2009. “The state of social care in England.” London, UK: United Kingdom Commission for Social Care Inspection. [http://www.dhcarenetworks.org.uk/\\_library/Resources/Housing/Support\\_materials/Other\\_reports\\_and\\_guidance/The\\_state\\_of\\_social\\_care\\_in\\_England\\_2007–08.pdf](http://www.dhcarenetworks.org.uk/_library/Resources/Housing/Support_materials/Other_reports_and_guidance/The_state_of_social_care_in_England_2007–08.pdf)
- U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services. (2014). Medicaid Program; State Plan Home and Community-Based Services, 5-Year Period for Waivers, Provider Payment Reassignment, and Home and Community-Based Setting Requirements for Community First Choice and Home and Community Based Services (HCBS) Waivers. *Federal Register*, 79(11). Retrieved from <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2014-01-16/pdf/2014-00487.pdf>.
- U.S. Government Accountability Office. (2015). Older Adults: Federal Strategy Needed to Help Ensure Efficient and Effective Delivery of Home and Community-Based Services and Supports (GAO-15-190). Washington, DC.
- Weissert, W. G., Cready, C. M., and Pawelak, J. E. (1988). The past and future of home- and community-based long-term care. *The Milbank Quarterly*, 66(2), 309–388.
- Welford, C., Murphy, K., Wallace, M., and Casey, D. (2010). A concept analysis of autonomy for older people in residential care. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9–10), 1226–1235.
- Wiener, J. M. (2011). Long-term care financing, service delivery and quality assurance: The international experience. In R. Binstock and L. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (7th ed., pp. 309–322). London: Elsevier.
- Wiener, J. M., Anderson, W. L., and Brown, D. (2009). Why Are Nursing Home Utilization Rates Declining? Report prepared for the Centers for Medicare and Medicaid Services. Washington, DC: RTI International.
- Wolff, J. L., Kasper, J. D., and Shore, A. D. (2008). Long-term care preferences among older adults: a moving target? *Journal of aging & social policy*, 20(2), 182–200.
- Wu, B., Carter, M. W., Goins, R. T., and Cheng, C. (2005). Emerging services for community-based long-term care in urban China: a systematic analysis of Shanghai's community-based agencies. *J Aging Soc Policy*, 17(4), 37–60.
- Wysocki, A., Butler, M., Kane, R. L., Kane, R. A., Shippee, T., and Sainfort, F. (2012). AHRQ Comparative

Effectiveness Reviews *Long-Term Care for Older Adults: A Review of Home and Community-Based Services Versus Institutional Care*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).

Xinhua. 2015. "Beijing nursing home to offer exclusive service for childless seniors." June 23. [http://www.shanghaidaily.com/article/article\\_xinhua.aspx?id=289057](http://www.shanghaidaily.com/article/article_xinhua.aspx?id=289057).

Xu, Q., and Chow, J. C. (2011). Exploring the community-based service delivery model: Elderly care in China. *International Social Work*, 54(2), 374–387.

Yang, H. (2013). Challenges in the provision of community aged care in China. *Family Medicine and Community Health*, 1(2), 32–42.

Zhan, H. J., Liu, G., Guan, X., and Bai, H. G. (2006). Recent developments in institutional elder care in China: changing concepts and attitudes. *J Aging Soc Policy*, 18(2), 85–108.



## 第4章

# 民营部门在中国养老服务产业中的作用

Yvonne Li Charlie Wang Heather Wong<sup>1</sup>

### 4.1 引言

近年来，尽管中国的养老服务市场快速增长，但该行业的发展仍然不够充分。根据中央政府“90-7-3”（在中国上海和大多数城市实行）或“90-6-4”（北京）的政策指导，为中国超过2亿的老年人提供新兴的长期照护养老服务的特点在于“以家庭和社区养老为基础，机构养老为支撑”。该政策方针认为90%的老年人应该接受居家养老，7%的老人（北京6%）应该接受社区养老，其余3%的老人（北京4%）应该接受机构养老。

为了满足中国日益增长的老年人口的需求，在进行公共部门服务供给体系改革的同时，政府充分鼓励和支持民营部门提供养老服务和养老产品已经势在必行。在过去的几年里，政府在政策的修改完善方面已经取得了重大进展，以激励民营部门的发展，并向包括外国投资者和企业在内的所有投资者敞开大门。民营部门可以为市场提供从低端到中端，再到高端的各个层面的养老服务。在明确的政策方针的指导以及适当的政府激励下，民营部门（国内和国外公司）可以迅速做出反应，为中国老年人提供范围更广、质量更高的服务。

中国的民营部门大致分为两种组织类型：营利性组织和非营利组织。如表4.1所示，这些组织的目标不同，金融资本来源不同，服务和产品的收费依据也不相同。国内外营利性商业组织倾向于提供中高端市场的养老服务。他们的主要目标是在提供优质服务的同时，保持稳健和持续的利润。非营利组织（NPO）包括国内的民间组织，

---

<sup>1</sup> Yvonne Li, 国际中华老龄产业协会（ICAIA）的创始人和主席，Charlie Wang 和 Heather Wong 分别是ICAIA的研究助理和顾问助理。

以信仰为基础的组织 and 以社区为基础的组织。他们的主要目标是提供可负担的服务，几乎没有投资回报或者投资回报非常有限。

表 4.1 民营部门的养老服务组织类型

类型	主要目标	金融/资本	服务/产品收费
商业 营利性组织	稳健的投资回报	私人或公共资金	按照市场价格对老年人进行收费（中高端）
非营利组织 (NPO)	提供可负担的服务，没有投资回报或投资回报有限	捐款和拨款，或购买服务	老年人支付的费用极少（低端到中低端）

本章探讨了民营部门在以社区、家庭和机构为基础的中国养老服务体系中所起到的作用及其增长潜力。本章讨论了在这三种服务供应体系中，要加强民营部门的参与所应采取的政策举措，并通过中国的案例分析，与值得关注的国外模式进行比较，介绍了成功的商业模式范例。

## 4.2 社区和居家养老服务

尽管有些人在家里或社区接受来自非政府组织（NGO）、政府福利机构或民营企业的养老服务，但是大多数中国老年人在家里接受由其家人提供的基本的养老服务。居家和社区养老服务的目标是尽可能地让老年人能够独立生活和原居养老，减少住院并延缓他们进入养老机构的需要。居家养老服务可以采取非医疗服务形式，比如日常生活活动（如洗澡沐浴、喂食、家务料理）援助，以及医疗保健服务（如护理、康复治疗）。

中国的居家养老服务市场规模预计将增长大约四倍，从2010年的1300亿元人民币增长到2020年的5000亿元人民币（中国老龄科学研究中心，2013）。无论是从其市场规模，还是从其为34%的老年人提供服务的潜能而言，这都是中国养老服务产业中最有前景的市场之一。<sup>1</sup>

中国政府已经认识到，放开市场对于发展中国的养老服务产业至关重要，民营部门也需要发挥越来越大的作用。尽管近年来地方政府为老年人设立并管理社区中心，但是由于政府的资源利用效率不如民营部门，社区服务中心在一定程度上并不成功。2012年，民政部出台相关政策，旨在通过补贴来激励民营资本投资于居家和社区养老。政府将购买社区服务，提供协调帮助并制定有关国家标准。

<sup>1</sup> 该估算由97%的接受居家养老的老年人和35%的住在城镇的老年人相乘得出。这里的居家养老仅指城镇地区的居家养老。农村地区的养老服务不同，在本章不进行讨论。

### 4.2.1 中国的社区养老

社区服务通常分为两种类型，一种是实体社区中心。这类社区中心能够提供的服务包括提供膳食，组织社会活动，基础诊断和健康检查，康复器材和基本训练康复，个人需求援助，陪伴关怀以及转介服务。这些服务通常在白天提供，也有些社区中心可以为老年人提供床位过夜。对于老年人，应当鼓励他们走出家门，到社区中心和同龄人交往并接受非医疗性的服务。大多数的服务都是免费的，但也有一些服务会以低于市场的价格提供。各地情况不同，支付体系也不相同。目前，北京的社区服务中心的全市定价标准为：老年人晚饭12元，剃须5元。上海已经开发了一个优惠券系统。这个系统会按照老年人的养老需求来进行层次分类，并且每月的优惠券可以在当地的社区中心兑换服务。

在中国，第二种社区服务类型是虚拟中心，通过信息网络把社区服务和老年人连接起来。许多地方的社区专门为老年人开通了热线电话，该热线电话或由当地民政部门设立并配备相关工作人员，或外包给民营供应商。此外，有些民营公司和非政府组织还培训养老服务人员，为那些无法离开家的失能老年人提供服务。

#### 老年社区中心类型

社区日间照料中心可以让老年人融入社区，增加他们的社交活动，从而丰富老年人的生活。成功吸引老年人的中心，如福州金太阳，通过为老年人组织月度生日派对，鼓励老年人走出家门。其他中心则提供特定的免费康复服务，如下文提到的青松看护。食物免费发放或保健器材免费使用，也会吸引老年人，幸福9号就是这样一个成功的、专为老年人提供服务的电商平台。

在过去几年里，社区服务市场见证了提供各种非医疗服务的不同类型的社区日间照料中心的发展。然而，由于大多数社区中心缺乏可持续的自我“造血”商业模式，更多的是依靠当地政府的支持，所以社区养老服务的发展仅限于当地。下面是一些不同类型的社区中心的例子。

- 拥有老年大学或兴趣俱乐部的社区日间照料中心。开办老年大学或老年人兴趣班是扩大社区养老模式的好方法。许多社区日间照料中心会与老年大学合作来提供服务活动。深圳华龄莲花北老年日间照料中心的老年大学(广东省)每年有3000多名老年学生，据其经理说，有30%购买中心服务的客户来自老年大学。因此，老年大学有助于吸引潜在的日间照料服务客户，因为参加老年大学或兴趣俱乐部的老年人可能有日间照料服务的需求。同时，日间照料中心的老年人可以享受来自老年大学或兴趣俱乐部的课程，这样可以提高日间照料中心的客户保持率。因此，这是一个双赢的战略。

- 有少量床位的社区日间照料中心。社区中心的床位可以在家人外出等情况下为需要临时照顾或短住的部分能够自理或完全不能自理的老年人提供额外服务。这些社



区中心不提供护理服务，并且过夜住宿可能只有一个看护人员。政府鼓励社区中心设立床位，因为政府对他们提供的床位建设补贴比他们支付的场地费和床位费还要高。已经在社区中心设置床位的机构组织包括福州金太阳（福建省）和北京无限极。但是，社区床位的过夜使用率并不高，因为老年人在一定程度上受行动限制，他们宁愿待在家里过夜，同时这样也可以避免产生费用。

- 配备呼叫中心网上平台的社区日间照料中心。中央政府要求地方政府建立呼叫中心平台，把社区的服务提供方与居家的老人连接起来。呼叫中心网上平台可以为孤寡老人和需要日常生活活动帮助、上门养老服务或应急调度服务的老人提供社会服务和应急网络支持。地方政府必须购买此类服务，支付建设费用，并为老年社区中心提供免费租赁。

2007年，福州金太阳建立了自己的呼叫中心平台，为鼓楼区的老年人开通24小时热线。当地政府为社区网络内的25000多位老年人支付每人每月20元的金太阳服务中心费用，以维持呼叫中心服务和社区中心的发展。金太阳的工作人员可24小时随时帮助在社区中心或居家的老年人。这种模式的亮点是工作人员承诺在收到呼叫请求后15分钟之内为老年人提供上门服务。金太阳与一家全国性的电信公司合作，为老年人免费发放手机，以努力推进和完善其呼叫中心平台及社区或居家养老服务。2012—2013年，该组织设立了80个社区中心。他们的社区和居家养老服务被称为中国“没有围墙的养老院”，并为其他省市起到了示范作用。

### 政府购买社区服务

在社区层面满足中国老年人需要的服务提供者大都是由地方政府资助的。一般来说，政府会提供免费租赁并帮助他们建立社区日间照料中心，但在其他情况下，当地政府会购买他们的服务。这些服务提供方大多是非政府组织，而不是营利性公司，因为非政府组织被认为是服务于社会的，并且由于政府补贴和他们的非营利性地位，使其提供的服务可以维持较低的价格。然而，缺乏培训和管理技能是中国非政府组织扩大发展的主要障碍。

表4.2总结了中国社区养老服务中的政府和社会资本合作（PPP）模式。

### 营利组织

大多数营利性公司把重点放在社区养老服务上，将其作为以中高收入老年人及其家庭为目标对象的退休房地产发展的一部分。物业管理公司倾向于建立社区中心，在其管理的住宅房地产项目内部提供家庭养老服务。由于这些物业管理公司已经有自己的零售网络，因此建立社区中心和提供家庭养老服务对他们来说就更加容易。例如，长城物业与美国护明德居家养老合作，引入“美国—深圳加盟模式”，提供以社区为基础的居家养老服务。

表4.2 政府购买的社区养老服务类型

利益相关者	地区	特点	优点	缺点
政府领导和管理	中西部地区	政府是项目的领导者和管理者；在地区、街道和居民区建立三级行政代理	符合地方经济和社会发展，执行起来方便快捷	政府过度参与阻碍了市场发展，服务项目有限，专业水平低
政府领导，民营部门提供服务	东部发达地区和大中型沿海城市	模式一：政府建设拥有、民营部门经营和转让 模式二：政府向民营部门提供支持和补贴	政府节约金融和财政资源；提高非营利社会组织的能力，提高服务质量，引入市场机制，以创造更高的效率	非政府组织和民营部门能力不足可能会阻碍服务供应；政府监管不足阻碍民营部门发展
政府支持，民营部门通过加盟模式扩展服务	服务提供者相对成熟和专业水平相对较高地区	政府或社区资助项目，与专业服务运营商签订合同或协助其建立和管理社区养老服务设施和服务点	政府参与，以降低服务运营商的负担和成本；专业运营商专注于服务质量和长期服务发展	没有政府的支持，服务商很难维持；专业设备不足
政府从民营部门购买服务	市场经济发达和市场理念成熟地区	完全或部分资助的政府采购计划，为符合条件的老年人购买基本服务；服务提供者在社区内设立设施和服务点，雇佣和培训养老服务人员	市场是驱动力；政府提供投资和支持；提高服务效率和质量	政府支持不足；老年人的购买能力和养老服务需求之间存在较大差距；被市场淘汰的低工资和低盈利服务

资料来源：国际中华老龄产业协会分析。

## 4.2.2 社区养老案例研究

### 中国案例研究：福州金太阳社区中心+上门服务调度

福州金太阳（福建省）与当地政府之间的PPP模式很成功。金太阳的非营利性地位使当地政府很容易许可、支持他们的社区服务和呼叫中心服务。由于维持社区中心的大量工作人员以及与电信公司共享收入导致高昂的运营成本，它的运营几乎是赔钱的，但因为强大的政府支持为它带来许多客户，因此低营销成本抵消了高昂的运营成本。其未来的收入取决于同那些想要获得其在福州的广泛的老年客户网络的服务提供者或产品供应商的合作。金太阳的部分主要运营特点包括服务供给、收费、商业模式和人员配备等，见专栏4.1的概述。

## 专栏 4.1 福州金太阳

### 简介

- 黄小蓉 ( Xiaorong Huang ) 创办于2008年。
- 2013年, 获得500万元的天使投资。
- 被英国大使馆选为社会企业规划与参与社会投资平台的案例研究。
- 被民政部选为其他城市综合社区养老模型的全国性案例研究。
- 与当地保险公司、银行和电信公司合作, 推广移动电话、金融服务和服务平台等老年产品和服务。
- 众筹资金销售服务优惠券。

### 自有服务和特色

- 24小时呼叫中心: 供日常使用或紧急使用。老年人可以通过固定电话或者中国联通赠送的手机呼叫该中心。
- 24小时上门服务: 承诺金太阳工作人员会在收到呼叫后15分钟内上门服务。
- 社区中心: 福州市鼓楼区成立了100多家社区中心, 并已有超过155个分支机构。这些社区中心包括小型图书馆、小型餐厅、按摩椅、基础血压监测仪器、短期夜间住宿床位, 以及其他适合老年人的娱乐设施。
- 养老机构: 2011年购买了一个包括社区中心在内的一个养老院, 连同他们的社区中心, 现在共有超过607张床位。

### 收费

- 居家养老: 基本费用为每月120元; 陪护每小时20元; 援助服务的费用取决于服务内容。
- 养老院: 独立生活的老年人每月2000元; 护理服务每月4000元。
- 社区日间照料中心: 大约每月2000元。

### 第三方服务和特色

- 上门服务调度: 金太阳的当地服务提供方进行居家、保健和非医疗养老服务的调度, 金太阳进行协调。
- 时间银行: 志愿者将他们为老年人提供的服务时间存入个人账户, 作为回报, 他们或他们的亲属日后可以享受同等的志愿服务。金太阳是时间银行的发起人和组织者。这项服务可以激励年轻的退休人员 and 家庭成员自愿为社区里的老年人提供服务。

### 商业模式和人员配置

- 政府和社会资本合作模式: 政府购买是金太阳收入的主要来源。2012年, 福州市政府从金太阳购买的服务价值100万元。据黄小蓉说, 目前每个区每年花费200万元左右购买服务。
- 总收入: 2012年的总收入达到700多万元, 自2013年以来已经突破了1000万元, 预计未来将稳步增长。
- 利润: 据黄女士说, 目前还没有利润, 但预计几年内将开始营利。
- 工作人员配置:

——全职雇员：632名（2013年）。

——社区中心：金太阳在福州有超过155个服务分支机构。每个中心有1—3名工作人员，并且至少有一名工作人员会在中心值夜班。

——流动志愿者：已经有1739名20—70岁的志愿者为老年人提供无偿服务。

资料来源：专家访谈，国际中华老龄产业协会分析。

## 海外案例研究：美国安乐居社区中心+全方位养老服务项目

20世纪70年代初，安乐居作为非营利组织成立于旧金山，是美国第一家老年人社区日间照料中心。体弱的老年人白天在社区中心接受热食、医疗和社会服务及监管，晚上再回到自己家中。这种包括初级卫生保健服务以及急性病和慢性病个案管理在内的医疗和社会服务在当时是具有开拓性的。1979年，在市政府的支持下，安乐居通过一个跨学科的团队（包括医生、护士、物理治疗师、职业治疗师、社会工作者、营养师、医疗工作者和驾驶员），试行了一个全面的社区医疗和居家养老服务模式。该跨学科团队为老年人制定和管理养老计划，包括社区和家庭（如有必要）医疗保健以及非医疗服务。

今天，安乐居所管理的组织能够提供各种服务，包括安乐居、社区中心、安乐代际传承计划以及三种经济适用房的开发。专栏4.2提供了有关安乐居的服务信息，这是一个全面的、类似保险计划的长期医疗照护计划。

鉴于安乐居项目在降低老年人住院率或养老服务设施需求方面的成功，该项目得到了政府的支持，并于1986年被命名为全方位养老服务项目（PACE）。PACE已经推广到了全美各地，目前在30多个州有100多个服务运营商。在PACE项目中，州政府会为那些维护老年人健康的地方运营商报销相关支出。尽管政府购买服务，但是PACE服务提供方享有高度自治权，他们的服务和养老计划会根据社区居民的类型来量身定制，设计独特。PACE模式注重老年人的自助，并且鼓励年轻的退休人员提供志愿服务。

### 专栏 4.2 美国安乐居（全方位养老服务项目 PACE）

#### 目标客户

- 55岁及以上人群。
- 居住在PACE组织服务区。
- 当PACE的用户需要高水平的养老服务，但还不太需要养老服务设施时，他们需要得到该州护士出具的证明。
- 注册后，在PACE服务的帮助下，能够在社区安全地生活。

#### 服务提供方

- 合格的老年人由跨学科初级保健小组和安乐居内部员工专家小组，以及其他第三方服务提供商照顾。

• 安乐居的工作人员包括医生、护士、营养师、社会工作者、物理治疗师、职业治疗师，以及娱乐治疗师；而其他服务会则被外包，如牙科和X射线检查。

### 服务

- 医疗服务：医生、专家和护士；处方药和耐用医疗设备；牙科、眼科和足部护理；物理治疗、职业治疗和言语治疗；实验室和X射线检查；医院、急诊室和熟练的养老设施照护。
- 非医疗服务：日间照料中心；娱乐治疗；膳食和营养咨询；社会服务；家庭养老；交通。
- 医护专业团队认为对改善和维护老年人整体健康必要的其他服务。

### 定价

PACE项目管理的一体化服务，每月每人平均花费州政府4656美元。

### 场所

- 安乐居社区中心：PACE中心符合州和联邦安全要求，包括成人日间照料项目、医疗诊所、活动，以及职业治疗和物理治疗设施。
- 老年人之家。
- 老年人需要的其他专科医生和其他医疗服务。

### 融资

- PACE提供所有通常由医疗补助和医疗保险所涵盖的服务。
- 在安乐居，政府通过以下方式报销95%的费用：
  - 医疗保险（国家老年人和残疾人医疗保险）
  - 医疗补助（国家贫困医疗保险）
- 在安乐居，有5%的收入来自于其他PACE合作商的咨询服务。

### 特色

- PACE项目帮助家庭和社区中患有慢性病的老年人。
- 老年人一站式服务。一旦老年人加入PACE项目，安乐居将全面管理他们的健康和生活的。安乐居的跨学科专业人士共同评估并持续管理老年人的健康。
  - 通过医疗保险和医疗补助计划，为PACE提供方直接报销。
  - 其他参与PACE项目的医疗服务组织和中心为会员提供各种医疗和其他专业服务。
  - 州政府的职责仅仅是评估老年人的需求，并监督PACE项目提供方。

资料来源：国际中华老龄产业协会分析。

---

## 中国—美国—中国香港案例研究：中国长城物业、美国护明德居家养老、中国香港复康会

长城物业集团股份有限公司是一家大型物业管理公司，在中国拥有广泛的住宅房地产投资组合，力图与著名国际组织合作，在自己管理的住宅区内建立一个养老服务生态系统。由于长城物业过去几乎没有养老服务方面的专业知识，因此这种伙伴关系的

对它而言是非常有利的。

2012年，该组织成立了一家名为深圳市共享之家护理服务有限公司的子公司。该公司作为一个小型护理机构，和中国香港复康会建立了发展养老服务和康复评估及培训的战略伙伴关系。通过其管理的住宅区社区中心，共享社区已经开发了两种社区服务，即通过其管理的拥有40个床位的社区中心，提供24小时不间断照护和日间养老社区服务。

2013年12月，长城物业又成为美国护明德居家养老在深圳的特许加盟商。护明德居家养老是美国最大的居家养老机构，专门为老年人提供非医疗居家服务，在全球拥有1000多家独立运营的办事处。美国护明德居家养老公司将为深圳护明德居家养老公司提供品牌支持、操作手册、系统和员工培训，如专栏4.3所述。

---

### 专栏 4.3 深圳共享社区和护明德居家养老

#### 运营商

- 长城物业集团股份有限公司及其子公司、共享社区以及深圳护明德居家养老公司。
- 这些公司都是营利性公司。

#### 目标群体

- 更偏爱由社区服务支持的居家养老的中高收入老年人。
- 针对老年人和需要特殊照顾（如慢性病、帕金森氏症或痴呆）的人。
- 客户主要来自长城物业集团股份有限公司管理的私人住宅小区。

#### 养老服务水平和服务供应

- 社区养老中心：9小时日间照料，或者24小时夜间养老服务。
  - 日间照料：膳食、陪伴、日常活动援助、康复服务。
  - 娱乐和锻炼活动。
  - 残疾人照护。
  - 夜间留宿：临时看护、3H养老和复健中心的临终关怀。
  - 可提供的三种照护：普通照护、关注照护、养老照护。
  - 三种类型的宿舍、两种类型的单人房、两种类型的套房，以及双床套房。
  - 共有42张床位，入住人数多达20多人；目前的入住率约为60%。
- 居家养老服务：
  - 非养老服务包括陪伴、膳食、交通、家务料理、临时看护、临终关怀、24小时同住养老服务支持。
  - 护理服务：帮助患有痴呆、帕金森氏症、糖尿病、关节炎的人，以及中风后需要护理服务的人。
  - 可提供的三种养老服务：陪伴、个人护理服务和专业护理服务。

#### 合同类型

- 特许加盟商：长城物业是美国护明德居家养老在深圳的特许加盟商。

- 通过与物业管理公司直接合作或合资进行扩张。
- 战略伙伴关系：与中国香港复康会合作社区共享，中国香港复康会为其提供养老服务评估标准和培训。

### 收费

- 社区中心（3H养老服务和复健中心）：
  - 社区中心24小时夜间养老服务：每月12460—17360元，取决于宿舍类型和养老服务需求。该价格包括所有照护服务（普通照护、复健和养老服务），夜间照护服务，一日三餐，以及中心的日间活动的费用。
  - 9小时日间照料：每月2199元，社区中心提供午餐和晚餐。
- 居家养老（由深圳护明德居家养老公司提供）：
  - 按小时服务：每小时50—80元。
  - 12小时服务：每月3500—9500元。
  - 24小时服务：每月5800—10800元。

### 员工管理和培训

- 社区服务：
  - 目前有30名专业养老服务人员。
  - 常规培训：中国香港复康会提供康复运营指南。
- 护明德居家养老：
  - 每周进行理论培训，以及三周的实践操作。
  - 主要是兼职工作人员。

资料来源：国际中华老龄产业协会分析。

## 4.2.3 发展社区养老服务市场的挑战和选择社区养老服务提供者面临的挑战

• 非营利组织的薄弱低效。目前，非营利组织提供的养老服务质量和效果都很差。很少有非营利组织能够持续下去，他们主要依靠政府提供资助和市场准入。中国非政府组织非常需要能力建设，以提高管理能力，从而更好地了解老年人的需求，提供优质的服务并监测自己的运营情况。

• 资金来自政府资助，而非市场驱动。政府是老年人社区服务最重要和最有力的投资者。政府支付地方非政府组织的最低服务费用，并不鼓励老年人购买当地最好的服务提供者的服务。

• 服务和员工培训缺乏质量标准。政府制定的标准范围有限，并且由于照护人员的受教育程度较低，社区服务机构很少对其员工进行培训。

• 社区中心的设计不适合老年人。强大的社区中心应该有供老年人进行互动的公共区域、食堂、基础医疗保健诊断设备、图书馆和电脑。几乎没有社区中心按照适合老年人的设施进行设计，或者配备无障碍交通工具。

## 政府面临的挑战

- 不鼓励更高的效率。政府看起来好像是在鼓励民营部门在提供社区养老服务方面发挥更大的作用，但到目前为止，政府只向非营利组织提供了援助。如果政府向社会企业和营利性企业购买服务，那么政府将获得由良性竞争带来的更高的效率和更好的服务。基于价值而非最低投标价的服务采购将有助于培育健康的市场。

- 缺乏监督和评估。政府还需建立社区养老机构管理评估体系。有些非营利性组织会重复计算员工数量，以满足政府资助的资格要求。

## 发展社区养老服务市场和民营服务提供者的途径

为了进一步发挥民营部门在居家服务及社区服务方面的作用，现向政府及养老产业提出以下建议。

- 扩大信息网络范围。连接社区和老年人及其家庭需要一个强大的老年人信息系统。综合信息系统应该通过智能健康管理系统收集老年人的个人信息和健康信息，并将医疗服务、居家养老和社区服务提供者联系起来。如果使用恰当，这些信息能够通过监测养老服务质量、规范服务提供者的评估并为老年人提供咨询和支持服务的方式帮助老年人及其家庭。

- 加强养老服务人员的能力建设。加强社区养老服务人员和其他服务提供者在老年人需求方面的培训将有助于提高该行业的专业素养。政府可以为社区养老服务机构提供定期培训，以确保每位养老服务人员都有足够的技能来服务老年人。

- 营造一个有凝聚力且有利于企业发展的环境。制定和出台优惠的政策对培育居家和社区养老服务一体化市场至关重要。政府需要通过让民营部门更容易享受到免费租赁和更低的水电成本，为其提供激励资金，降低税收，减少获取许可证和营业执照的繁琐程序，以及从社区组织购买服务等方式来实施这些优惠政策。

- 监督社区养老服务业。建议政府不要直接提供社区服务，而是专注于制定政策和标准，资助服务，并监督服务提供者。

- 改造社区日间照料中心。为满足老年人的未来需求，所有的社区中心都应该按照适合老年人需求的无障碍设计建造或重建，从而为不同需求的老年人提供服务。

### 4.2.4 居家养老服务

对于倾向于或者需要居家养老的老年人而言，居家养老可以为他们提供个人养老服务、家务料理、基础护理服务、康复锻炼、健康教育、陪伴和咨询服务。表4.3对中国居家养老服务市场和选定的海外模式进行了比较。



表 4.3 所选国家/区域的居家养老服务范围和评估

	美国	英国	中国	中国香港	中国台湾
养老需求评估	弱势医疗补助对象的功能资格要求；各州不尽相同	基于卫生部的指导方针，地方政府采用自己的标准来评估服务需求	缺乏统一的评估机制	标准化养老服务需求评估机制	每个服务机构都有自己的养老评估标准
日间照料/暂托养老服务	是	是	是	是	是
家庭协助	是	是	是	是	是
交通	是	是	是，极少数民营供应商	是	是
应急反应	是	是	是	是	是
案例管理	是	是	是，极少数民营供应商	是	不适用
送餐/备餐	是	是	是	是	是
护理/个人护理	是	是	是	是	是
特殊需求护理	是	是	是，极少数民营部门提供方	不适用	不适用
融资模式	部分老年人有商业保险；医疗保险制度能支付符合要求的康复服务；医疗补助计划能帮助经济困难的老年人	地方政府作为居家养老服务资金供给的主体，中央政府给予补助；地方政府可以自由设立共同支付或安排家庭经济状况调查	地方政府的任务是设计、实施和资助当地居家养老服务行为，“大部分自费，小部分政府补贴”的混合资金模式依然普遍	政府补贴与家庭经济状况调查	政府补贴与家庭经济状况调查
公私共享	大多数居家养老服务提供者是民营的，并且绝大多数是营利性性质	大多数居家养老服务提供者是民营或非营利性性质	大多数居家养老服务提供者是公立且非营利性性质	大多数居家养老服务提供者是民营或非营利性性质	大多数居家养老服务提供者是民营或非营利性性质
非正式养老人员援助	不适用	通过养老服务人员津贴计划，政府对那些为符合条件的老年人提供养老服务的非正式养老人员提供现金支持	部分城市试点改革	不适用	不适用

资料来源：中国香港安老事务委员会（2011）；国际中华老龄产业协会分析。

## 政府购买基本家庭养老服务

在一些城市，包括北京市、温州市（浙江省）和杭州市（浙江省省会），当地政府会向独立的服务提供者购买基本家庭养老服务，比如为领取福利救济的居家老人提供清洁和陪伴服务。<sup>1</sup> 政府可能会支付服务的全部费用，但在某些情况下，政府只补贴部分费用。当政府只补贴部分费用时，居家养老服务提供者将把其余费用转移给服务对象。

## 定位中高端市场的民营企业

除了政府合同模式外，私人居家服务提供者的目标人群是中高收入的老年人。受市场和利润驱动，这些公司会通过医院和社会工作网络寻求分销渠道，而不是依赖于可能会限制他们收费的政府购买或补贴。

进入中国的外资养老服务公司的重点目标人群是大城市的中高收入的老年人。在良性竞争的作用下，这些公司正在以各种方式让自己与众不同。例如，新加坡的“积极全球养老（Active Global Ageing）”只提供受过训练的护士，美国的“仁爱华（Right At Home）”居家养老服务由从大学毕业的养老服务人员提供看护和家务料理服务，青松看护为半自理和完全不能自理的老年人提供专业居家养老服务。

### 4.2.5 居家养老服务案例研究

#### 案例研究：北京青松养老

青松老年看护服务有限公司（Pinetree）由王燕妮（Wang Ninie）于2004年成立，是最早为半自理和完全不能自理的老年人提供专业居家养老服务的供应商之一。青松看护着重为患有慢性病的老年人，需要专业养老服务的老年人，以及患有糖尿病、痴呆或有其他康复需求的老年人提供服务。青松看护也接受政府发放给老年人的服务优惠券。到目前为止，在当地民政局的支持下，青松看护已经在北京和上海设立了40多个日间照料中心，经常为社区中心的居民提供康复和其他专业养老服务（见专栏4.4）。

---

#### 专栏 4.4 北京青松看护

##### 简介

- 营利性公司，成立于2007年。
- 在北京市和上海市开展业务。

---

<sup>1</sup> 在中国，领取福利救济的老年人被称为“三无”老人，具体是指那些失去工作能力，没有收入来源，没有法定监护人支持或其监护人没有抚养能力的老人。

### 目标群体

- 喜欢由社区服务所支持的居家养老服务的中低收入老年人。
- 由政府支持的“三无”老人，因为青松康护的客户可以在社区中心使用政府优惠券。
- 老年人、患有慢性病、帕金森氏症、痴呆症，以及跌倒或中风后需要康复等特殊养老需求的人。

### 特色

- 居家养老服务只针对专业护理和专业康复服务，不包括家政服务、陪伴、生活服务援助等。
- 为家庭成员提供培训，帮助他们获得必要的护理知识。青松康护的目标是让家庭成员成为主要护理人员，而不是依赖于青松康护的护士。
- 在北京和上海的社区内设立服务站或日间照料中心，作为工作人员为社区内或附近居民提供居家或基于社区的专业护理服务和专业非医疗服务或康复保健服务的基地。

### 服务范围 and 特色

- 服务流程包括：(1) 在线申请；(2) 上门评估；(3) 制定个人护理计划；(4) 专业养老服务人员提供居家个人护理服务。
- 根据需求评估以及与家庭进行沟通协商后，制定个人养老计划。
- 提供专业的居家护理和专业的非医疗居家服务：老年痴呆、帕金森症患者护理，中风患者康复护理，糖尿病和有特殊需求的其他养老服务。
- 在北京和上海的社区中心提供康复服务和其他日常生活服务援助。
- 有不同级别的会员卡可供客户选择相应的服务项目以及享受会员折扣。
- 2012年，在中国最热门的电子商务网站推出O2O商店：在线商店（青松家庭康复养老淘宝店）。

### 收费和服务频率

- 按次收费：
- 居家护理
  - 更换或维护养老设备（如呼吸管）：每次280元。
  - 康复/专业护理服务：每次260元。
  - 实际支出可能有所不同，取决于青松康护对不同养老需求和计划的评估。
- 社区日间照料中心/服务站
  - 居家护理：同上。
  - 社区日间照料服务：每月820元。<sup>#</sup>
- 服务频率：每周最多6次，每次最少1小时。

资料来源：专家访谈，国际中华老龄产业协会分析。

<sup>#</sup>来自青松康护左家庄社区日间照料中心2011年的数据。

---

## 案例研究：北京“仁爱华”居家养老服务

“仁爱华”（Right At Home）是美国领先的居家养老服务提供者，于2011年由姚莉（Yao Li）引入中国。作为美国仁爱华250家全球加盟商之一，仁爱华（中国）提供全

面的居家养老服务，包括陪护、协助用餐、协助沐浴等日常照护以及专业康复、医疗护理和临终关怀服务等医疗服务。仁爱华根据个人需求以及专业团队的评估，为每位客户量身定制养老计划，其目标群体是有个人支付能力的中等收入的老年人。仁爱华综合考虑众多家庭的需求，有效管理公司的人力资源，基于中国老年人的心理和生理需求开发合适的服务包和养老人员培训，并引进先进的移动医疗和通信设备。

然而，仁爱华现在不仅仅只以老年人为目标，它已经将客户群扩展到高收入家庭。其服务已扩展到涵盖所有家庭成员的专业照护、家政服务以及高端私人家庭管理服务。仁爱华（中国）在其客户生活和工作的当地社区设立服务中心。自2011年以来，仁爱华已经在北京设立了4家门店，招募和培训了近300名养老服务人员。目前，仁爱华已经在10个城市开办了15家门店，覆盖了中国东部、中部和西部地区，已经形成一个综合网络（见专栏4.5）。

---

## 专栏 4.5 北京仁爱华居家养老和援助服务

### 目标群体

- 最初仅面向老年人提供服务，现在还面向残疾人、慢性病患者以及那些出院后需要居家照护的病人。
- 中高收入老年人及其家人。

### 服务流程

- 通过照护咨询来确定客户所需的服务层次。
- 为客户确定最佳的专业护理服务人员和个性化的服务方案。
- 持续的质量监控，并为老年人及其家庭成员提供支持。

### 服务层次

- 包括半自理和完全不能自理服务在内的全面照护服务。
- 协助日常活动：24小时照护服务、出院后护理和专业护理。
- 一般照护服务：陪护、家务料理、烹饪。

### 人力资源管理

- 招聘大学毕业生，并对新员工进行全面培训。
- 通过美国公司为工作人员提供连续的培训：三周的理论培训，加上实际操作。
- 大部分是全职员工。

### 收费

- 专业护士：每周两次，每次2个小时，收费500元，每月约4000元。
- 个人护理：个人清洁每小时100元，每月最高15000元。
- 清洁和陪护等家庭照护服务：每小时60元。

## 类型与营利

• 仁爱华通过中国的特许加盟商进行运营；仁爱华（中国）将通过直营或地方合资企业扩展到其他省市。

• 仁爱华（中国）接受总部管理，包括商业模式、管理、培训、监督，总部向仁爱华（中国）收取加盟费。

• 知识产权归美国公司所有，因此除了加盟费，公司还将对每个加盟商收取提成。

• 统一的标准服务流程，包括内部计算机网络、养老服务人员和客户之间的网络以及金融网络在内的所有网络都与美国总部相连接。

资料来源：专家访谈，国际中华老龄产业协会分析。

为了进一步发展中国的居家养老服务市场，需要考虑以下措施：

• 建立健全的法律法规体系。政府应为民营部门获取政府采购订单提供明确的指引，明确服务标准并使招标过程透明化。

• 制定服务标准，监督居家养老服务市场。政府是该行业的全面管理者，应负责制定服务标准，并为居家养老服务机构提供培训或监督培训。

• 统筹国家有关保险政策并鼓励商业保险涵盖居家养老服务。需要着力加强社会福利体系建设，促进商业保险发展，以涵盖居家养老服务，甚至高端服务。

## 4.3 机构养老服务行业

中国的机构养老服务行业尚未发展成熟。根据民政部2013年公布的“中国银色产业发展报告”（以下简称“报告”），截至2012年，中国只有390万张养老住宿床位，但中国至少需要550万张床位。在中国现有的床位中，72%属于公办住宿养老机构，28%属于民营机构。

中国的机构养老服务市场根据养老层次和老年人的收入水平可以分为五类（见图4.1）。中国的机构养老服务主要由地方政府运营的公办养老机构和社会福利院提供。许多民办养老机构、老年公寓、持续照护退休社区（CCRC）等退休社区服务于高收入老年人或其家庭，这更像是老年住房方案。

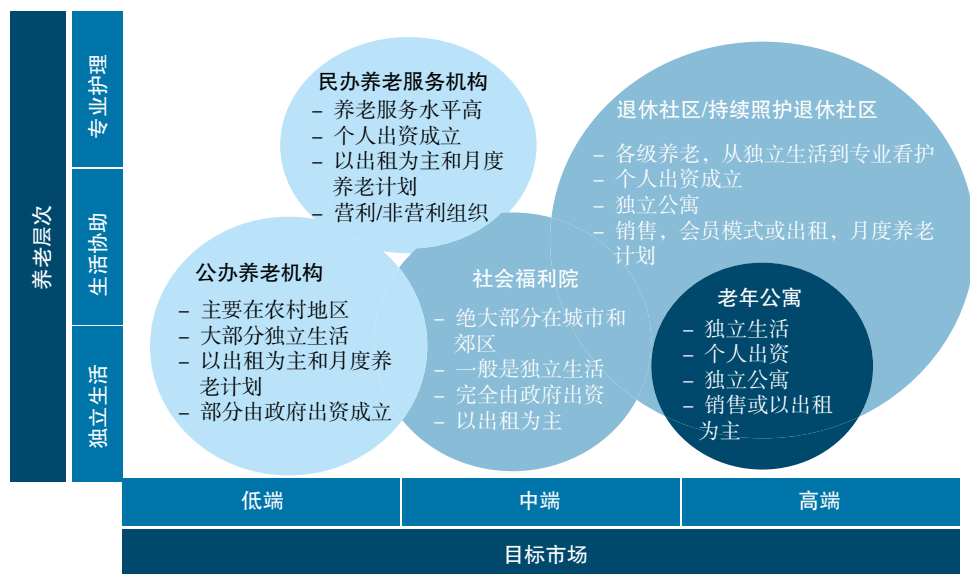
### 4.3.1 当前公办和民营部门的机构养老服务供应

#### 公办养老服务机构及社会福利院

地方政府投资经营公办养老机构，其中大部分位于农村地区（俗称敬老院）。社会福利院位于城市地区，主要服务对象是“三无”老人和低收入老年人。虽然公办养老服务机构和社会福利院自称他们为残疾或不能自理的老年人提供服务，但大多数住进这里的人都是健康的，因为这些机构的管理者倾向于接收独立健康的老年人，而不是

部分自理或完全不能自理的老年人。

图 4.1 中国的机构养老服务类型



资料来源：国际中华老龄产业协会分析。

由于公办养老服务机构由政府运作，因此他们享有各种免费的公共资源，如土地、建筑和设备，故而他们能够收取较低的费用。根据 2009 年在中国若干城市进行的调查，公办机构通过政府获得 42.2% 的经营预算，其余的大部分则来自入住这里的人（见表 4.4）。低廉的价格使得公办机构很受老年人的欢迎。最好的机构的等候名单已经平均排到 5—10 年之后了。

表 4.4 2009 年养老服务机构的资金来源

资金来源	公办机构 (%)	民营机构 (%)	所有机构 (%)
政府	42.2	2.4	19.5
个人出资	56.9	96.2	79.3
其他来源	0.8	1.5	1.2
政府床位补贴	50.8	84.8	70

资料来源：Feng et al., 2011.

## 民营机构

各省民营养老服务机构的数量各不相同，取决于地方监管政策、老年人的收入水平和老年人口统计。2014 年，北京市民营养老机构的床位占有所有床位的比例为 49%。<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 北京统计信息网。

相比之下，2013年河北省民营机构的床位只占有所有床位的比例为28%。<sup>1</sup>2014年，吉林省民营机构占有所有机构的比例为60%，民营机构的床位占有所有床位的比例为47%。<sup>2</sup>

总体而言，由于在价格上无法和公办机构竞争，民营机构要成为中国机构养老服务的主要提供者很受局限。国际中华老龄产业协会的估算显示，2014年近40%的中国民营养老服务机构在亏损经营，只有9%的机构能盈利（中国之声，2016）。投资费用高、偿还期长以及回报率低等因素持续阻碍民营部门在机构养老服务市场中的增长。

自2012年以来，国家和地方政府加大力度鼓励民营部门设立养老服务机构。从2013年起，地方民政局在其网站上传包括民营养老服务机构的数量在内的资料，这表明民营部门参与养老服务行业日益增长的重要性。

### 所选经济体的机构养老服务发展对比

与其他经合组织国家相比，中国的养老产业还处于发展初期。行业观察家通常认为，中国的机构养老服务市场没有为老年人提供完整连续的养老服务。表4.5概述了中国的机构养老服务部门和若干其他国家或地区之间的主要差异。

表4.5 机构养老服务：中国与所选国家/地区

	美国	英国	中国	中国香港	中国台湾
简介	机构养老服务发展良好。服务范围取决于个人养老需求，从最基本的对独立老人的生活援助到协助日常生活，再到完全不能自理的老年人养老	机构养老服务发展良好。服务范围取决于个人养老需求，从最基本的对独立老人的生活援助到协助日常生活，再到完全不能自理的老年人养老	机构养老服务欠发达。养老院床位数与老年人口数的比例是1.59%，比发达国家（7%）和发展中国家（3%）低得多	过分依赖机构养老服务，住宿床位书与老年人口数的比例为6.8%，高于国际水平（1%—5%）	与邻近地区相比，机构养老服务发展相对良好。机构化比例及住宿床位数与老年人口数的比例均可与美国相媲美
资金投入模式	老年人享受医疗保险和医疗补助。医疗保险针对所有老年人，但不包括长期照护，而医疗补助需要接受家庭经济收入调查，并且只针对穷人。然而，商业保险可以帮助老年人支付中高端养老服务费用	大多数老年人的长期照护和医疗保健需求由公共部门通过国民保健服务（NHS）和地方政府预算解决	大多数老年人依赖于自费和养老金的混合资金模式，因为养老金不足以支付长期照护费用。也有公众对福利受助人进行支持，虽然覆盖范围非常有限	政府直接补贴非营利民营养老院，或者通过从非营利和营利民营养老院购买服务来提供大部分资金	由于“台湾医疗保险”不足以支付长期照护费用，故而大多数老年人依赖于自费和保险的混合资金模式

1 Hebei BCA.

2 Jilin BCA.

续表

	美国	英国	中国	中国香港	中国台湾
服务和养老层次	日常生活援助包括：沐浴、穿衣、刮脸、大小便和失禁养老，全天候监控，必要的交通和陪伴。专业养老：药物治疗、康复治疗、技术养老、临时看护、临终关怀	日常生活援助包括：沐浴、穿衣、刮脸、大小便和失禁养老，全天候监控，必要的交通和陪伴。专业养老：药物治疗、康复治疗、技术养老、临时看护、临终关怀	中国的机构养老服务通常包括住宿和日常生活援助。专业养老服务有限。很少有机构接受失忆的老年人，也很少有机构能提供全方位的养老或康复服务	日常生活援助包括：沐浴、穿衣、刮脸、大小便和失禁养老，全天候监控，必要的交通和陪伴。专业养老：药物治疗、康复治疗、技术养老、临时看护、临终关怀	日常生活援助包括：沐浴、穿衣、刮脸、大小便和失禁养老，全天候监控，必要的交通和陪伴。专业养老：药物治疗、康复治疗、技术养老、临时看护、临终关怀
基础养老或专业养老（如有需要）	提供全方位的养老服务	提供全方位的养老服务	大多数养老院只能提供基本服务（如家政服务、陪护等非医疗服务），很少有机构能提供专业养老服务	是，只有部分专业养老机构提供全方位的养老服务	是，只有部分专业养老机构提供全方位的养老服务
特殊需求养老服务（如记忆养老）	相对普遍提供	相对普遍提供	很少有机构有能力或有兴趣接收有记忆问题的客户	只有大型养老院能提供者类服务	只有大型养老院能提供者类服务
计划性的社交及娱乐活动	广泛提供	广泛提供	仍在努力提供社交及娱乐活动	仍在努力提供社交及娱乐活动	仍在努力提供社交及娱乐活动

资料来源：国际中华老龄产业协会分析。

### 4.3.2 民营部门在机构养老服务中的作用

#### 中国老年住宅市场中的房地产和保险公司

在中国，公办养老机构侧重于中低端市场，而民营养老服务机构则以中高端市场客户为目标。自2009年以来，中国的老年住宅项目如雨后春笋般出现。一些著名的机构已经开始采用会员模式和月租养老服务模式，如上海的亲和苑、北京的乐成养老（Langdent）和太阳城。

2012—2014年，中国的许多房地产和保险公司宣布并努力进入老年住宅市场。中国最大的房地产开发商万科已经在杭州启动了老年住宅项目，现正在发展10年养老服务扩张战略。2013年，绿城推出了与老年大学相结合的老年住宅项目。2014年，合众



人寿推出了第一个真正意义上的美国式持续照料退休社区，这是一个在湖北省武汉市拥有3000张床位的机构。2015年，泰康人寿持续照料退休社区项目在昌平开办了一个容纳258个单元的养老退休机构。

### 机构养老服务市场中的国内外合作

自2011年以来，许多外国公司通过合作关系进入中国的机构养老服务市场（见表4.6）。例如，日本长寿集团（Long Life Group）于2011年在青岛开设了第一家高端养老院，预计在未来10年内将扩展到100家。2011年，日本的RIEI有限公司（リエイ）在北京设立了全资子公司理爱（北京）企业管理咨询有限公司，并于2013年和上海协通（集团）有限公司在上海合作开办了一家营利性养老院。远洋地产最初与美国大型养老集团凯健国际（Emeritus Senior Living）一起合作位于北京市亦庄开发区的项目，但现在和另一家美国大型养老集团子午线（夏园）养老服务中心（Meridian Senior Living）合作建设上海凯健老年生活公寓项目。中国企业复星集团同美国的一家老年住宅投资专项基金保峰投资（Fortress）合作，在上海发展星保养生（Starcastle brand）和退休养老项目。

表4.6 机构养老服务项目中国内外公司合作情况

外国公司	国家	中国合作伙伴	中国公司类型	机构设施	区域
高利泽集团	法国	中国招商局集团	国有企业	记忆养老、日间照料中心、养老公寓（2016年开业）	广州
欧葆庭	法国	鼓楼医院，南京仙林	地方政府医院	2015年开设了配备痴呆研究中心的康复医院	南京
多慰	法国	汉富控股有限公司	资产管理公司	不适用	不适用
日本长乐控股株式会社	日本	新华锦集团	大型地方企业	2011年养老院开业	青岛
日本RIEI株式会社	日本	协通（集团）有限公司	大型地方企业	2011年在北京开业，2013年在上海开业	北京、上海
日本木下集团	日本	北京诚和敬投资有限责任公司	国有企业	2014年开业	北京
凯健国际，哥伦比亚太平洋管理公司	美国	远洋地产	国有企业	2012年，康复疗养院凯健老年生活公寓开业	上海、北京
子午线（夏园）养老服务中心	美国	远洋地产	国有企业	2014年接管凯健老年生活公寓	上海、北京
保峰投资	美国	复星集团	地方大型企业集团	2013年开设持续照护退休社区	上海
基石养老/ABHOW	美国	泰康保险	大型保险公司	2015年开设持续照护退休社区	北京
美林花园	美国	相关公司	大型地方企业	2015年设立机构	上海、无锡

资料来源：国际中华老龄产业协会分析。

2014年，高利泽（Colisee）、欧葆庭（Orpea）和多慰（Domus Vi）几个法国养老服务提供者也进入了中国的养老服务市场。不同于前面提到的美国公司和日本公司，他们并没有选择北京和上海作为其最初的目的地。高利泽将在南京开设一家提供专业护理服务和记忆护理服务的养老院。欧葆庭和南京鼓楼医院签署合同，重建一家拥有180张床位的康复养老院。欧葆庭的其他三个项目将分别落户深圳、成都和昆明。通常情况下，中国公司提供资金、土地和设施，而外国公司负责操作、管理和培训。

### 民营部门服务供应的广度

在许多大型城市，民营企业经营的专业机构主要服务于中产及以上阶层的老年人，他们必须提供更高水平的服务，以吸引并留住那些要求严格且受过教育的客户。资料显示，10%的民营养老服务机构提供康复服务，3%提供临终关怀服务。根据卫生部2012年的统计，中国301家康复医院中有155家是民营机构，60家专业护理机构中有38家是民营机构，而且几乎58个护理服务站全都属于私人所有（健康和人口委员会，2014）。民营养老服务机构一般能够提供更广泛和更高水平的养老服务，而这些可能都是公共养老服务机构所无法做到的。

### 通过政府改革和PPP模式助力民营部门发展

在过去几年里，国内外房地产企业、运营商以及中国机构投资者针对富有的中国老年人开发辅助生活机构、养老服务机构和持续照护退休社区。只有少数迹象表明，未来他们将进入中等收入市场。

中央政府已经充分注意到针对中等收入人群的专业养老服务机构不足的问题。自2013年以来，政府通过PPP和公办机构改革，鼓励民营部门参与到中端市场中来。2013年底，民政部启动了公办养老机构试点改革，要求每个省至少有一个公办养老服务机构进行改革。截止到2014年9月，已经有来自28个省的124家公办养老服务机构通过政府的招标制度被选定参与了这项改革，这样能够使一些民营机构参与到公办养老服务机构的管理工作之中来。

政府对民营部门的鼓励一直延伸到地方。在每个省、市、区，政府都鼓励民营部门参与，为他们提供免费或廉价的土地、基础设施支持、床位建设补贴、设备以及免费的水和天然气，甚至在某些情况下还提供特定养老费用补贴。作为补贴回报，政府会要求一部分床位作为福利，以等同于服务实际成本的价格提供给老年人，从而减少政府开发管理新的公办养老服务机构的需要。这些优惠政策大大降低了民营部门的投资和机构运营成本。无论是非营利组织还是营利性企业，都被鼓励去管理或开发专业养老机构。地方运营企业管理着许多政府建立的养老服务机构，如上海莱康企业集团和青岛金太阳就在这一政策中受益匪浅。然而，由于公办机构的价格扭曲和高经营风险，民营部门不愿从事专业养老服务工作。

### 4.3.3 机构养老服务案例研究

在中国充满挑战的商业环境中，民营企业已发展了许多不同的商业战略。各地区民营部门参与机构养老服务的差异很大。本节详细介绍了一些相对成功的、可能会对该行业产生影响的商业模式。

#### 高端生活辅助机构

高端养老服务机构服务于中国各地的富裕的城市老年人，其中许多都是通过收取高额租金和养老费来提供辅助生活服务。中国高端营利性养老服务机构的例子不胜枚举，如恭和苑。高端养老机构或退休社区的开发商大多数是海外公司和大型中国房地产或保险公司。专栏4.6中举的例子是被北京市政府选为医疗服务和养老服务结合试点项目的乐成集团的一部分——双井恭和苑。恭和苑以高端市场为目标，提供专业医疗服务、个人护理和生命维持设备。

---

#### 专栏 4.6 北京市双井恭和苑

##### 简介

- 2012年开业。
- 共239个房间，439张床位。
- 入住老年人：自理、半自理和完全不能自理的老人；接收痴呆患者。
- 购买土地。

##### 服务

个人护理、医疗保健、医疗服务、康复服务、记忆护理、膳食服务、暂托服务。

##### 亮点

- 位于北京市双井区，交通便利，地理位置优越。
- 与记忆健康360工程合作，提供优质的记忆养老。
- 通过与医院和北京市急救中心的紧密合作，将养老服务和医疗服务结合起来，配备两辆救护车。

##### 快速扩张

- 长期照护（含餐费，但不含养老费）：每月9800—15600元，房间类型不同，价格也不同。该费用一次性支付，如果客户支付一年及以上的费用，还可以享受9.5折的优惠。老人至少需要在这里住一个月。
- 护理费用：
  - 集体护理：每天80—220元，护理水平不同，价格也不同。
  - 个人护理：至少6000元/月

- 收取50000元保证金作为医疗保障，可返还。
- 从2015年5月起，医疗保险可用于自家医院的医疗保健。
- 两年内将在海南和浙江另建两家机构。
- 计划在北京市再建一家，在浙江省再建三家。
- 恭和苑面临来自海外其他高端市场养老服务提供者的竞争。
- 可持续发展要求有独立的盈利模式。

资料来源：专家访谈，国际中华老龄产业协会分析。

## 私人高端专业养老院

鸿泰乐尔之家是一家高端养老院，隶属永泰红礪养老产业投资集团有限公司（见专栏4.7）。鸿泰乐尔之家提供国际标准的、全面的、定制的专业养老服务，包括营养配餐、日常护理、专业医疗服务、医疗保健管理和社区活动。

### 专栏 4.7 天津鸿泰乐尔之家

#### 简介

- 开办于2012年。
- 英式别墅住宅：21个房间，包括16间单人房和5间双床房（共26个床位）。
- 入住老年人：50岁及以上，没有精神疾病、传染病和不适合集体活动症状的人。

#### 亮点

- 服务标准基于国际标准，但也考虑到中国特色和文化。
- 根据入住老年人的身体状况定制食物，如糖尿病用餐、血脂异常用餐和高血压用餐。
- 与一家距离鸿泰乐尔之家仅几百米的专业医院合作。
- 将康复服务融入日常娱乐活动中，老年人可以愉快地进行训练。

#### 服务

个人护理、个性化餐饮服务、护理服务、康复服务、个性化卫生保健服务、医疗服务、社会活动、痴呆养老。

#### 收费

- 长期照护：每月9000—12000元（包括床位费、养老费和餐费）。
- 按老年人的身体状况，分为自我护理、初级护理、二级护理和高级护理。
- 根据定位和房间类型，每个级别收取相应的护理费、餐费和住宿费。
- 紧急医疗押金99000元。

#### 挑战

房间数量相对较少，所以只有少部分老年人可以享受该服务。

资料来源：专家访谈，国际中华老龄产业协会分析。

## 中端养老院的PPP模式

天津市武清区第二养老院是由当地政府建立，由私人运营商经营的一家养老院。如前所述，中国政府一直通过租赁和管理合同来促进PPP模式。然而，许多案例都失败了，原因在于投标价格对于以中端市场为目标的民营养老服务机构来说太高了。如专栏4.8所述，天颐和养老院在采用PPP模式方面就非常成功。

---

### 专栏 4.8 天津市武清区第二养老院

#### 政府建造

武清区民政局和徐官屯街道办事处。

#### 机构简介

- 开办于2013年。
- 600多个床位。
- 2个中医理疗大楼和1个医疗服务大楼，10个部门。

#### 政府支持

- 占地28666平方米，建设投资近8000万元。
- 免租金，只有小额管理费。
- 帮助降低不同地方政府部门的费用（如水、气、电）。
- 计划建立一个超市和一个酒店，以吸引更多老年人入住。
- 政府指导价格。
- 可使用国家健康保险。
- 适合老年人的设计。

#### 私人运营商

##### 天颐和养老院

- 提供更优质的服务。
- 建立了一个拥有10多名中医理疗医学专家的新型医院。
- 入住老年人：目前100多人，主要是领取政府补贴的低收入老人。
- 预期混合入住老年人：30%独立生活，20%辅助生活，50%失智/完全不能自理的老年人。
- 价格：比该地区其他民营养老院便宜200—300元。
- 独立生活：每月1580元。
- 协助生活：每月2000元。
- 专业护理：每月2600元。

资料来源：专家访谈，国际中华老龄产业协会分析。

---

#### 4.3.4 挑战及建议

通过提高效率和质量，把服务扩大到低收入和中产阶级老年人，民营部门在中国养老服务市场中发挥了积极作用。然而，仍需要克服许多障碍。我们为政策制定者、监管者、养老院经营者和其他利益相关者提出以下五条关于提高中国老年人机构养老服务的、非常有必要的建议。

##### 拓宽长期照护服务融资渠道

长期照护服务的融资渠道（如国家社会保障制度和商业保险）是维持中国养老服务市场的关键。虽然中国已经建立了一个“三支柱”养老金体系（见表4.7），但是国家养老金体系中的工资替代率依然很低，企业年金和个人商业保险的作用仍然有限。此外，由于大多数人的退休金很低，很多人都可能负担不起正式长期照护。换言之，如果大多数人获得服务的能力取决于其支付能力，那么很难扩大长期照护服务市场。

通过逐步纳入风险统筹安排，政府可以拓宽长期照护服务的融资渠道。一般认为，与自费相比，风险统筹安排是一种更好的长期照护服务融资方式，如日本的长期照护保险。政府可以制定一个健全连贯的国家养老金制度，如加强近期养老金改革的贯彻实施，该改革的目标是改革公共部门特权，像澳大利亚一样，通过给企业和个人减税来为人们加入企业年金和个人商业保险提供更大的激励。

表 4.7 中国养老保险体系的三大支柱

类型	主要特色	全国平均养老金水平
国家养老保险	典型非营利性质，主要由政府规定的强制性工资缴款提供资金 低替代率 政府财政负担	1793 元
企业养老保险	典型非营利性质，由企业和雇员共同缴纳的补充养老保险制度 在中国发挥的作用有限	1200 元
私人商业保险	营利性 个人可以从民营保险公司购买保险	991 元

资料来源：中国健康与养老追踪研究，2011；国际中华老龄产业协会分析。

##### 制定统一标准和评估机制

不同养老机构的服务质量差别很大，使得老年人及其家人不信任养老机构。这些问题可以通过制定保护入住老年人和经营者的法律制度，以及透明可行的评估体系和质量标准得以解决。为了鼓励民营养老机构的参与，政府可以进一步提供支持，通过：

- 制定最低标准，建立示范项目。许多地方政府机构制定标准很仓促，合作伙伴

不够专业，不足以提供有效建议。中央政府机构可以与表现优秀的著名的海外各方合作，还可以和地方合作伙伴合作，使服务标准和评估工具适应当地特色。此外，中央政府应当逐步提高专业标准，并在持续提高标准的过程中保持灵活性，避免短时间内设置太大的障碍。地方政府可以先建立示范项目，然后组织论坛分享最佳实践经验或吸取失败教训。

- 加强现有法规和评估的执行。近年来，民政部和地方民政局就老年人健康和认知评估及疗养院运营制定了多项规章条例。然而，这些规章条例缺乏强有力的监测和执行。建立一个政府机构或一个理想的第三方检测系统可以满足这个需求。此外，定期培训、适当激励、专业协会的参与和公开报道机制也可以起到协助作用。

### 简化登记程序，鼓励民营部门参与

在中国，由于繁琐的监管程序和匮乏的人力资源政策，地方政府往往阻碍了民营养老机构的发展。对几个民营养老院经营者的采访也暴露了相关行政审批和优惠政策实施中的问题。与非营利组织/非政府组织相比，由于营利性公司更难获得资格和行政审批，故而他们展开养老服务业务会更加困难（见表4.8）。

表4.8 公立机构和营利性民营养老服务机构的差异

项目	公立机构	营利企业
注册营业执照	民政局	工商局
利润分配/付税	禁止分红，禁止私有化，禁止设立补贴（只适用于政府经营机构），不征收所得税	没有限制；征收所得税
保险	老年人综合责任保险与员工责任保险；80%由政府提供	
定价	遵循政府指导	没有限制
评级	民政局	不适用
土地性质	教育、科技、文化、医疗保健、体育用地（50年使用年限） 很少或没有土地出让费	住宅、商业、旅游或娱乐用地（40—70年使用年限） 通过拍卖，从土地管理部门获得
财政支持	很难从银行获得贷款	没有限制

资料来源：国际中华老龄产业协会分析。

复杂的监管过程阻碍了民营养老服务机构的参与。一方面，非营利组织即使用自己的资金购买，也无法享有财产所有权。在中国的法律和银行体系下，土地和建筑施工很难寻找到银行融资，他们需要自行筹集全部投资资金和运营资金。另一方面，通过拍卖获得土地，对于营利性的民营企业来说成本非常昂贵。营利性养老服务机构理论上可以享受和非营利机构相同的补贴，如便宜的土地、优惠的税收和公用设施。然而，由于地方政府系统的不一致和不透明，大多数营利性养老服务机构无法享受到这

些好处。此外，在中国建立一个养老院需要的注册证书多达15种以上，而且其中一些极难获得。广东省一家养老院花了一年时间从消防部门获得了一个机构证书。

为了解决这些监管问题，政府应在以下几个方面着手：

- 统一所有类型的民营养老服务机构操作许可证的申请程序。开办养老院的经营许可证可以通过民政局或者新成立的老年委员会实现统一，从而加快机构建设和发展。这也便于统一的监管机构监督所有民营养老服务机构的发展和运营，无论是营利性或非营利性的。

- 放宽对养老服务机构利润分配和所有权的控制。应当允许非营利养老服务机构以其财产为抵押来获得金融机构的融资。

### 促进机构养老人力资源开发

中国养老服务行业发展中的一个重大障碍就是养老服务机构长期缺乏训练有素的员工。来自国家的研究表明，养老服务行业需要1000万名工人，其中大多数需要在养老机构提供养老服务。然而，截止到2015年，中国只有60万名的老年养老人员（新华社，2016）。由于养老服务被认为是低收入的、没有职业发展前景的低端工作，养老服务工作人员的短缺也在情理之中了。即使养老工作者可以选择，他们也更愿意去有福利保障的公办机构。

为了刺激养老服务部门人力资源的发展，政府和业界应当：

- 重新审视与医务专业人员相关的员工配置政策。医疗服务是老年人选择养老机构最重要的因素之一。政府可以颁布政策，允许公共部门的医生（包括养老院和住宅养老机构的医生）私下提供服务。最近，北京市政府实施的新政策取得了实质性的进展，社区药房可以提供专门的慢性病药物，医生也可以开办社区诊所。

- 鼓励民营养老服务机构为医疗保健专业人员和高级管理人员提供培训。民办养老机构可以通过提高工资、培训和福利的方式来激励员工，其中最重要的就是将薪酬和晋升与职称等级挂钩。

### 通过民营机构部门筹集公共资金

政府正越来越多地利用民营部门来满足占大部分市场的中端机构养老服务市场的需求。如表4.9所述，公共部门和民营部门能够以多种方式进行合作。目前，管理合同和租约是PPP模式中最常见的两种类型。

2014年，民政部开始对公办养老服务机构进行试点改革，通过民营部门引导政府拨款，为民营养老院运营商提供稳定的收入来源。然而，民营部门不愿意投标公办养老院管理合同，原因有两点：地方政府的招投标制度不够透明和公正；由于竞争对手太多，导致投标价格太高，以至于无法确保足够的经济利益。虽然监管体制正在逐步改革，但是依然存在腐败的问题。政府不能仅仅以最低投标价格来选择民营运营商，还需要提高招标制度的透明度。



表 4.9 机构养老服务设施的 PPP 模式类型

类型	描述
购买	地方政府从民营养老服务机构购买床位
管理合同	民营养老服务机构运营商对公办养老服务机构承担管理责任（如员工配置、供应、培训）
租约	民营养老服务机构运营商暂时经营和管理公办养老服务机构。民营养老服务机构运营商承担所有风险，保留利润，但不享有机构所有权
服务合同	公办养老服务机构把服务外包给民营部门，如家务料理、餐饮和洗衣工作
股权	民营部门作为股东参与运营，公办养老服务机构的所有权结构呈现多元化

资料来源：Yu Xinxun, 2014；国际中华老龄产业协会分析。

## 4.4 结论

虽然政府应该继续支持公共养老服务的供给，尤其是低端市场的供给，但是最好的发展方法似乎应当是利用公共部门和民营部门互补的能力和资源。由于民营部门的作用仍在形成过程中，政府需要制定行业规章条例并继续提供行业监督管理，同时鼓励民营部门更多地参与其中。

作为养老服务行业的全面负责人，中国政府在制定、改革行业政策以及整合行业利益相关者提供的各种服务和产品方面发挥着至关重要的作用。我们为政府的政策制定者提出以下几条建议：

- 建立全国和地方法规和准则。与中国大多数行业一样，政府需要对市场的各种需求制定相关政策和指导方针。这些政策和指导方针需要突出未来可能出现的发展和增长。

- 执行规章条例并监测行业标准。坚持执行规章条例和监测行业标准具有一定的挑战性，尤其在地方层面。

- 为养老服务基础设施提供资金。为医疗健康和老年养老基础设施提供资金是国家政府和地方政府的主要职责。然而，根据省级政府预算，只有 8 个省设立了养老服务发展专项资金。政府应该为什么付钱、付多少钱的问题仍在讨论之中。相关政策和指导方针应当就如何利用有限的收入为大多数老年人支付养老费用，以及提高支付能力出台相关意见。

- 为最弱勢的群体提供服务。最弱勢的老年人无法自己照顾自己，支付所需养老及服务的方式也十分有限。政府应着重为这些弱勢老年人提供适当的、低成本的养老服务。如本章所述，进一步发展可持续的、充满活力的民营养老服务部门，中国还面临许多重大障碍。为了克服这些障碍，政府应该：

- 通过制定最低标准，建立示范项目，加强现有规章条例和评估的贯彻执行来关注行业标准和评估；

- 通过完善健全国家养老金制度，鼓励人们参加企业年金以提高其支付能力，发展私人商业保险来拓宽长期照护服务融资渠道；
- 完善地方政策的实施，通过简化官僚程序和解除公共部门医疗专业人员的限制，使他们可以在民营部门执业，从而促进民营部门发挥作用；
- 通过鼓励采用PPP模式以及提高招投标透明度，让政府为民营机构部门提供公共资金。

发现并且推广公共部门和民营部门在政策、法律法规、培训、商业模式、业务运营等方面的最佳实践做法是十分有重要的。此外，需要在新的领域和各级养老服务中鼓励并激励民营部门扩大和创新，从而有助于改进中国的养老服务市场。

### 关于国际中华老龄产业协会（ICAIA）

国际中华老龄产业协会（ICAIA）是首屈一指的、服务于中国和海外利益相关者的B2B行业协会，致力于在中国建立一个充满活力的养老服务行业生态环境。ICAIA提倡知识型产业，在其内部成员和中国养老服务产业中培育商业机会。

ICAIA共同体由委员和专家组成动态网络，包括投资方、运营商、产品提供者、专家中介，以及那些拥有良好投资记录、服务和运营经验、产品和技术创新、成功的市场开发、专业的咨询服务和最前沿的研究的研究人员。

该协会召集全球领导人，将研究和理念转化为可操作的议程，通过PPP战略模式、商业与投资机会来促进合作。

## 参考文献

China Health and Retirement Longitudinal Study.

China Voice. 2016. Media Investigation: 40 Percent Private Aged Care Institutions in China Suffer From Long Time Deficit (媒体调查：我国民办养老机构40%长年亏损). [http://china.cnr.cn/news/20160103/t20160103\\_521005916.shtml](http://china.cnr.cn/news/20160103/t20160103_521005916.shtml).

China's Research Centre on Ageing. 2013. "China Report of the Development on Silver Industry" .

Feng et al. 2011. "An Industry in the Making: The Emergency of Institutional Elder Care in Urban China." *Journal of the American Geriatrics Society* 59(4): 738 - 744.

Health and Population Commission. 2014. "Report of the Development on China's Silver Industry" . Social Science Literature Press. Beijing.

Hong Kong Elderly Commission. 2011. "Consultancy Study on Community Care Service for the Elderly" . [http://www.elderlycommission.gov.hk/en/download/library/Community%20Care%20Services%20Report%202011\\_eng.pdf](http://www.elderlycommission.gov.hk/en/download/library/Community%20Care%20Services%20Report%202011_eng.pdf).

Xinhua News. 2016. Elderly Care Providers: Large Gap in Quantity and Quality Needs to be Improved (养老服务供应：数量缺口大 素质待提高). [http://news.xinhuanet.com/gongyi/yanglao/2016-01/19/c\\_128643799.htm](http://news.xinhuanet.com/gongyi/yanglao/2016-01/19/c_128643799.htm).

Yu, Xinxun, 2014. Study on Marketized Operation Model of Elderly Service Industry in China and Its Standard (论我国养老服务业之市场化运营模式及其规范). *Journal of Sichuan University*.



## 第5章

# 长期照护服务融资：关键问题、设计方案以及对中国的启示

Joshua M. Wiener 冯占联 郑楠 宋锦<sup>1</sup>

## 5.1 引言

正式长期照护服务的可负担性和融资问题对其自身的可持续发展能够产生有着重大影响。和其他国家一样，中国不断加重的人口老龄化的不断加重以及弱化的传统的家庭赡养老人模式使得的弱化使得正式长期照护服务的需求不断增加。为满足这一日益增长的需求，中国政府推出了一系列旨在发展长期照护服务体系的政策措施，并越来越多地呼吁民营部门协助这一其发展。虽然目前的政策重点是增加供应量并为服务供应打下基础，但关键的问题在于为这些服务的经常性费用提供融资，使人们可以普遍负担得起。除非在目前的基础上有可靠的支付方式，否则长期照护服务价格将会昂贵且不可持续（就吸引民营服务提供者而言）。

本章回顾了发达国家现有的长期照护服务融资体系，主要是经合组织和欧盟国家，着重讨论这些国家政策制定者面临的关键问题和设计方案。根据回顾得来的深刻认识以及中国对于这一课题的研究和观察，本章探讨了国际经验对于中国长期照护服务融资的启示。

## 5.2 背景及融资的重要性

长期照护服务融资对于服务可及性和服务供应，以及政府预算而言是非常重要的。

---

<sup>1</sup> Joshua M. Wiener, 美国 RTI International 杰出研究员, 原 RTI International 老龄、残疾和长期照护服务研究项目主任。冯占联、郑楠, 美国 RTI International 的高级研究员。宋锦, 中国社会科学院世界经济与政治研究所副教授。

正如下文所讨论的那样，它对服务的可及性，机构、居家和社区养老服务之间的平衡，以及养老质量都会有影响。此外，它对政府的支出和收入也有一定的影响。

在服务可及性方面，发达国家的长期照护服务价格昂贵，如果没有第三方保险，大多数人根本负担不起，尤其是失能老人。例如，2015年美国养老院半私人房间的平均费用是每年80300美元，居家养老服务每天4小时、每周5天的费用是每年20800美元（Genworth Financial, 2015）。相比之下，85岁及以上人群的家庭收入中位数在2011年仅为20000美元（Wu, 2013）。

在很大程度上，由于大多数失能人士负担不起养老服务，发达国家的长期照护服务主要通过政府或准政府项目（如疾病基金）筹集资金（Colombo et al., 2011）。例如，美国超过75%的养老院住户的养老费用由政府项目支付（Kaiser Family Foundation, 2013b）。融资类型有助于确定支出水平及其分配结果。那些长期照护服务系统健全的国家的服务大多不是自费的。

尽管服务成本高，但几乎所有国家的公共长期照护服务支出在其经济和医疗卫生保健系统中所占的比例都比较低，2006—2010年大约占经合组织国家国内生产总值（GDP）的1%—2%（de la Maisonneuve and Martin, 2013）。总体而言，北欧国家比较特殊，丹麦和荷兰在公共长期照护服务方面的支出分别占其GDP的2.2%和2.3%。经合组织内部的低收入国家，如葡萄牙、捷克共和国和匈牙利，在长期照护服务方面的支出还不到GDP的0.5%。

随着几乎所有国家（包括中国）人口老龄化的加重，未来40年长期照护服务的支出可能会大幅增加。例如，欧盟委员会的研究人员预测欧盟公共长期照护服务支出占GDP的比例将会翻一倍，从2010年的1.8%增加到2060年的3.6%（Lipszyc, Sail and Xavier, 2012）。一项主要基于人口统计学和其他非融资性变化的预测估计显示，中国公共长期照护服务支出占GDP的比例将从2012年的0.2%增加到2030年的0.5%—0.6%，远远大于公共医疗支出的增长幅度（Lorenzoni et al., 2015）。

然而，对于这些预测，我们需要考虑以下三个问题：

- 预测正式长期照护服务需求包括长寿、失能率、免费家庭照护的可及性、付费照护的可及性、消费者偏好、服务价格，以及用于支付正式长期照护服务资金的可及性。但是在实践中，不可能将所有这些因素以某种精确度投射到未来中。例如，尽管在过去20年美国85岁及以上老年人大幅度增多，但是养老院的入住人数却并没有增加（Wiener et al., 2013）。

- 由于没有足够的资金，需求将无法转化为有效需求。也就是说，人们可能无法享受付费服务（或者可能依赖非正式服务），因为他们不能支付这些服务的费用。在某种程度上，中国已经出现一些高端住宅养老机构大量床位空置的情况。

- 个人长期照护服务有许多潜在的替代服务，而且服务的结合可能会大幅度影响支出水平。因此，尽管实际证据并不是非常有力，但是人们仍普遍认为美国可能会出现辅助生活机构以及其他居家和社区服务来代替养老院的服务（Wiener, Anderson and

Brown, 2009)。

然而，尽管养老支出的增长取决于融资方式的选择，就如同养老支出的增长取决于人口结构一样，但是几乎对于所有国家来说，人口老龄化都意味着长期照护服务支出占GDP的比重将比现在更大。经合组织的一项分析发现，80岁及以上的人口比例与老年人长期照护占GDP支出的比例之间只存在一种适度的统计关系（Colombo et al., 2011）。

除了对公共支出和个人支出的影响，公共长期照护服务的融资结构对机构、居家和社区养老服务之间的平衡、养老质量以及服务供应都有很大的影响。在美国，长期照护服务机构通过医疗补助计划融资，这对创造一个更加平衡的长期照护服务资金体系而言至关重要，现在这个体系中居家和社区养老服务发挥着重要的作用（Eiken et al., 2014）。此外，对于公共和个人提供的服务，美国的融资体系在很大程度上确立了提供养老服务可用资源的水平，为养老质量的可接受水平设定了底线。由于美国的民营养老院如此依赖公共融资，所以他们有动力去满足参与医疗保险制度和医疗补助计划的最低质量要求，因为医疗保险制度和医疗补助计划是养老院服务与居家社区养老服务的两个主要融资来源。因此，威胁要终止参与政府融资计划是解决低质量养老服务问题的主要执行机制（Wiener et al., 2007）。

像大多数其他政府项目一样，公共长期照护服务融资系统也可能进行再分配。再分配不仅受融资方法的影响，还会受融资资格、使用的服务以及支付方式等因素的影响。至少，长期照护服务融资系统会将资金从未失能人士身上转移到失能人士身上。大多数公共系统还会重新将资源从年轻（不太可能失能）的工作者群体转移到老年退休群体。根据系统的不同，也可以将资源从高收入人群重新分配到低收入人群。虽然所有年龄段、所有收入和财富水平的人都可能遭受失能的影响，但失能人士的收入比未失能人士要低得多，其拥有的财富也更少。例如，2001年美国未失能老人的收入中位数是严重失能老人收入的两倍左右，而未失能人士的家庭总资产净值中位数是严重失能群体的四倍（Johnson and Wiener, 2006）。因此，即便是不考虑收入和资产的、所有人都有资格享受的全民医疗保险融资体系，服务也相对更多地向低收入和资产特别少的人群倾斜（Wiener, Illston and Hanley, 1994）。

## 5.3 融资设计选择

在设计长期照护服务系统时，国家需要在公共部门和民营部门满足失能人士需求中发挥的作用，以及如何构架、资助和监管各部门方面做出选择。

### 5.3.1 公共融资

在公共长期照护服务融资系统设计方面，国家面临几个关键的选择，包括是进行

资格审查还是提供全民医疗保险，是直接提供服务还是作为第三方支付人或担保人，在何种程度上全国各地可以进行同等的融资，以及长期照护服务系统和医疗卫生保健系统的关系。

### 资格审查或全民医疗保险

在公共部门计划中，一些国家实行资格审查，另一些国家则提供全民医疗保险，还有些国家则把这两种系统相结合。主要执行资格审查计划的国家将公共福利局限于穷人（通常从收入和资产的角度进行考量）或由于医疗和长期照护服务的高成本而变穷的人。资格审查背后的哲学前提是照顾老年人和失能年轻人的主要责任在于个人及其家庭，政府应该只充当不能照顾自己的那些人的最终付款人。英国、新西兰和美国的长期照护服务融资系统在很大程度上体现了这一观点（Colombo et al., 2011）。

另一种哲学观点是，政府不论其财政状况如何，都应带头确保所有失能人士都有资格获得他们所需要的长期照护服务。在这种体系中，社会团结受到高度重视，而长期照护权同样被视为医疗权利。德国、日本、法国、荷兰和瑞典的长期照护服务融资系统体现了这一观点（Colombo et al., 2011; Wiener, 2011）。例如：

- 在德国，主要是通过长期照护社会保险计划（Soziale Pflegeversicherung）来为所有年龄层的失能人士提供养老院和居家养老福利进行融资（Campbell et al., 2010; Cuellar and Wiener, 2000; Gibson and Redfoot, 2007）。大约7000万德国人的社会保险计划由疾病基金管理，商业医疗保险覆盖了1000万人，这其中主要是高收入个体。

- 2008年，韩国提出了国家长期照护保险，主要覆盖65岁及以上的个人，不考虑他们的收入。该计划通过参保人的强制保费（占总资金60%—65%）、政府补贴（20%）和服务用户自费（15%—20%）来共同提供资金（Jung et al., 2014; Kwon, 2009）。中国台湾也在发展公共长期照护保险计划。

- 日本融资的主要来源是政府经营的长期照护保险Kaigo Hoken（Campbell and Ikegami, 2000, 2003; Campbell, Ikegami and Gibson, 2010）。该计划为失能人士、65岁及以上老人，以及40岁及以上有“衰老相关”症状（如早发性老年痴呆）的人支付福利金，而增加这一群体的部分原因是证明收取年轻的工作者群体的保险费用是合理的。失能的年轻人，例如因车祸而脊髓损伤的人，不包括在保险计划之内。由于这些限制，65岁以下的受益人只有约3%（Campbell, Ikegami and Gibson, 2010）。该保险计划由市政府管理，经费和国家政府分摊，保险费由参保人和国家政府支付。

### 直接提供服务或第三方支付系统

虽然发达国家的长期照护服务绝大多数的资金来自公共资源，但是实际的服务可以由政府经营的组织或非政府经营的组织提供。如瑞典的斯堪的纳维亚模式，尽管已经有私有化倾向，但是大多数服务提供者仍然是政府机关和事业单位（瑞典卫生和社会事务部，2007）。政府拥有所有权的目标是提供养老服务且不考虑是否有利可图。然

而，在政府机构提供的服务中，服务提供者与付款人之间没有保持适当距离，从而导致支出效率低下。

非政府组织包括非营利组织和营利性公司。提倡私有化的理论认为，竞争性的组织能够以更低的成本、更灵活的方式为消费者提供更多的选择，能够更好地满足消费者的需求。在英国，地方政府过去经营养老院，但是伴随着20世纪80年代和90年代私人营利性机构数量的迅速增长，政府机构只占有所有养老院总数的不到10%（英国社会保健监督委员会，2009）。在美国，大约70%的养老院是营利性的公司，约1/4是非营利性组织，只有约1/16的养老院属于国有机构（医疗保险和医疗补助服务中心，2015）。尽管存在争议，但是美国的营利性养老院比非营利机构的养老质量更差，批评者认为这是由于营利性养老院专注于营利而不是客户需要造成的（Commodore et al., 2009; Harrington et al., 2012）。

在美国、德国和日本的体系中，公立的服务提供者并不是主要类型，政府作为第三方支付人，报销服务提供者的服务。这些系统通常具有保险公司的职能，虽然享受补助金的人可能严格说来并没有投保，但是他们之所以有资格享受补助金，只是因为符合资格审查的要求，而不是他们支付了保险费。作为第三方支付人的融资系统必须建立能够登记合格的服务提供者的系统，能够确定符合条件的受益人，设定偿付率，可以根据质量、管理和财政标准进行监控并支付服务提供者费用。一些公共项目采用一揽子支付系统，在这种系统中民营服务提供者的服务可以获得固定金额的资金，但是民营服务并不是直接与为某个具体的个人服务挂钩但是很少有使用这种融资安排的。

## 中央与地方

长期照护服务系统设计的一个关键问题是负责融资和交付的政府级别的设定。许多发达国家，包括美国、英国、瑞典、荷兰和加拿大，在很大程度上依赖于地方政府设计和管理长期照护服务系统，虽然中央政府经常给予大量政策指导。例如，虽然瑞典是一个人口不足1000万的小国家，但是它几乎将所有有关长期照护服务的融资、组织和管理责任都移交给市级政府（瑞典卫生和社会事务部，2007）。

提倡权力下放的人给出了三个论点来支持将长期照护责任分配给较小的地方政府（Wiener, 1996）。首先，许多国家的州、省和市都广泛参与各种社会服务。因此，地方政府可以在长期照护服务与失能人士经常需要的其他服务之间建立必要的联系。其次，长期照护服务是一项非常个性化的服务，涉及消费者决定如何过自己的生活。因此，服务的规划和交付受地方环境、标准和价值观，以及当地失能人士、其养老服务人员和服务提供者喜好等因素影响。最后，由于地方政府一般不会将其决策过程程序化，同时个别案例在政策过程中越来越突出，因此由当地管理项目可能比由中央管理项目更加灵活和民主。

德国和日本采用的是另一种方式。虽然这些国家的地方政府机构往往参与其



中，但是其长期照护服务有更多的国有化和集中手段。例如，在日本的长期照护保险计划下，2895个市政府或市联盟作为承保人，有责任提供充足的服务（Campbell and Ikegami, 2000, 2003）。然而，由于项目几乎所有方面——资格、最大利益和偿付率——都固定在中央，市级政府发展项目的能力受到严格限制。因此，虽然保险费用由市级设立，但几乎所有的融资规范都由国家设立。

主要有两个观点支持在国家层面的合并（Wiener and Tilly, 2003）。首先，统一的国家计划有助于确保地区之间的横向公平。换言之，国家规则有助于确保一国之内不同地区的人受到基本相同的对待，特别是在福利保障方面。例如，英国依赖于地方行政机构设计和管理大多数长期照护服务，受益者经常抱怨“服务的地区差异”，即具有类似需求和财务状况的人却因为生活在不同的地区而享受不到同等的服务（Wiener and Cuellar, 1999）。在这些融资措施中，个人得到的服务取决于其生活的地点。在美国，各州的社区和家庭服务医疗补助计划有很大的不同（Ng et al., 2015）。像德国这样实施保险措施的国家，地区差异化被认为是不公平的，需要努力消除（Cuellar and Wiener, 2000）。其次，由于国家项目规则和系统只需要开发一次，每个地方政府不需要对程序和系统另行改造，因此开发一个国家项目所需要的管理费用可能更少。

### 医疗卫生保健与长期照护服务融资的关系

几乎在所有国家，失能人士都必须应对将医疗和长期照护服务分开的分散融资和服务交付系统。例如，美国老年人和失能年轻人的急症护理主要由联邦政府通过医疗保险制度负责，而长期照护服务主要由各州的针对穷人的医疗补助计划负责（Wiener and Tilly, 2003）。医疗保险制度涵盖短期的和出院后的康复护理，而医疗补助计划涵盖的是老年痴呆患者等长期生活在养老院的人。由于失能人士通常有医疗和长期照护服务两种需求，这种分散的情况给他们造成了一些麻烦。例如，美国的大量研究表明养老院和居家养老的用户住院率很高，但是其中有很大一部分是可以避免的（Feng et al., 2014a; Konetzka, Karon and Potter, 2012; Walsh et al., 2012）。另一方面，这使得整合紧急护理和长期照护非常困难；另外，一个独立的长期照护项目有助于保护这些服务资金，防止长期照护服务产生不必要的医疗化。

不同国家之间的医疗和长期照护服务的分离程度不同。在美国、荷兰、日本、德国、瑞典和英国，长期照护和紧急护理的资助和组织是分开的。在许多国家，如比利时、法国、意大利、葡萄牙、西班牙和英国，专业护理或家庭护理的“医疗”部分属于医疗卫生系统的一部分，养老院的护理服务有时属于医疗卫生系统的一部分，而有关“社会”方面的因素则属于社会服务体系的一部分（Genet et al., 2012）。

例如，英国医疗卫生保健服务由英国国民医疗服务系统提供，这是一个私人医生和公立医院的税收资助系统。英国国民医疗服务系统还负责支付养老院的专业护理服务。长期照护服务由地方政府资助和管理，地方政府单位的大小通常相当于县的大小。虽然英国国民医疗服务系统免费提供服务，但长期照护服务仍然需要资格审查。英格

兰没有医疗卫生养老服务管理的行政和融资组织架构，参保的个人无法同时得到医疗卫生和长期照护服务的资金，英格兰服务一体化的重点主要是国民医疗保健系统和地方政府社会服务部门之间的联合协调（Goodwin, 2007）。

日本的长期照护保险和紧急护理保险也是分开的，但它在长期照护福利中提供了一些医疗卫生保健服务，并通过医疗保险继续提供大量的机构长期照护服务（Campbell, Ikegami and Gibson, 2010）。若干医疗服务包含在长期照护保险的覆盖服务列表中，包括上门护理和康复服务。长期照护保险计划也涵盖了医生的监督，但这个福利并未得到广泛使用，部分原因是家庭医生和养老管理人员之间不存在自然关系。在引入长期照护保险计划之前，医院是机构养老服务的主要提供者，部分原因是老年人需要支付的自费服务比较少。保险计划的一大目标是将主要充当养老院职能的医院转变为提供长期照护床位的机构。这种转变的进程已经低于预期，部分原因在于医院比养老院更有声望。

瑞典把紧急护理的职责放在县级层面，将长期照护服务的职责放在地方市级层面（瑞典卫生和社会事务部，2007）。减少医院的等待出院安排患者数量是1992年Adel改革的主要推动力（*Ädelreformen*），从市级层面加强了对需要住院但不需要医院护理的老年人的长期照护职责。那些积压的等待出院安排的住院患者主要也是等待养老院养老、居家养老和康复服务的人。改革减少了积压的患者数量，通过提供强有力的财政激励让市政府使用长期照护服务资源，为那些没必要在医院等待的病人找到成本更低的安置方式。

### 5.3.2 民营部门融资：自费支出和个人长期照护保险

#### 自费支出

虽然自费支出不是那些长期照护服务体系发展良好的国家的主要融资来源，但它仍是长期照护服务融资的重要组成部分。在拥有公共长期照护保险的国家中，消费者通常必须为服务支付共同保险或补充由保险计划支付的金额（Colombo et al., 2011）。在日本，除低收入人群外，服务的共同保险率为10%（Campbell, Ikegami and Gibson, 2010）。共同保险有两个目的：（1）对于家庭和社区服务而言，共同保险限制那些甚至让未失能人士都羡慕不已的服务需求，比如家政服务，以及（2）对于机构服务而言，自费支出理论上相当于生活在养老院的未失能人士的正常食宿生活成本。如德国和日本等提供公共长期照护保险的国家，经过资格审查的公共援助计划为那些负担不起共同保险的人提供帮助。

在实行资格审查计划的国家，那些不符合收入和资产要求的人必须自费支付所有养老费用。由于养老费用过高，对于大部分的服务用户来说是一个巨大的经济负担，许多人会耗尽自己的毕生积蓄以使自己变穷，直到有资格享受资格审查保险。一项研究对美国50岁及以上的人进行了超过10年的调查，研究结果显示有2/3—1/2的获

得医疗补助计划资格（资格审查计划）的养老院入住人士把钱花掉，直到自己的经济状况符合资格审查的门槛，但是这些人在进入养老院之前原本并不符合该计划的要求（Wiener et al., 2013）。在英国，入住养老院的中产阶级老年人的贫困是导致有关规定限制社会养老服务自费支出的主要原因（英国卫生部，2013）。然而，这些限制措施已被推迟到2020年实施。在英国，个人的房产算作确定资格审查计划资格的资产，所以当大多数人为了支付服务费用而进入养老院时，人们不得不卖掉自己的房子；在美国，房产不属于确定服务资格的资产。

除了小部分个人零用钱之外，资格审查计划通常要求住在养老机构的人把除了一小笔当地个人生活补贴之外的所有收入用于自己的养老。这样做有助于进一步控制该计划的成本，因为政府只支付设定的费用和养老服务费用之间的差额。在美国，法律要求医疗补助计划从已故医疗补助计划受益人的遗产中（通常是房产）弥补长期照护服务费用，但该项规定并没有得到广泛的执行（Karp, Sabatino and Wood, 2005）。

### 商业长期照护保险

一直以来，许多观察家，尤其是以私人市场为导向的保守派和那些担心未来长期照护服务的社会经济负担的人，希望商业长期照护保险可以在长期照护服务融资中发挥主要作用，尤其是为中等和中等偏上收入的人。特别是在根据资格审查来确定融资系统的国家，商业长期照护保险的扩张被看作是减少个人自费和降低公共开支的潜在策略（Rivlin and Wiener, 1988; Wiener, Illston and Hanley, 1994）。特别是随着人口老龄化的加重和服务需求量的大幅度增加，有些国家正在研究把这一方案作为减少公共支出的一种方式。

虽然有这些期待，但是商业长期照护医疗保险在任何国家的长期照护服务融资中都没有发挥主要作用（Colombo et al., 2011）。在具有显著市场渗透的法国，长期照护保险与医疗保险相互结合，但是好处有限，并且商业保险只占长期照护服务支出的不到1%（Doty, Nadash and Racco, 2015）。在德国，对于高收入人士和政府官员来说，商业保险主要是作为强制性的法定疾病基金的替代方案。

自20世纪80年代中期起，美国商业长期照护保险市场兴起，只有大约12%的65岁及以上老年人拥有长期照护保险（几乎所有保险项目都有实质性的限制），这只占总支出的7%（Frank, Cohen and Mahoney, 2013; Kaiser Family Foundation, 2013a）。尽管人口持续老龄化，但市场在过去15年里已经严重恶化，大多数公司已经退出市场，销售额也直线下降。2000年，商业长期照护保险市场中有125家公司；截至2012年，只有不到15家公司在积极销售独立保险（Cohen, Kaur and Darnell, 2013）。雇主团体市场——占销售量的1/4左右，是让大部分人能够负担起保险的关键——由于保险公司的退出而受到几位严重的打击。

此外，占总销售量一大半的个人市场的新销售量下降了83%，从2002年的7.54万个新增保单降至2014年的1.29万个新增保单（National Association of Insurance

Commissioners, 2015)。造成这一变化的部分原因是许多保险公司进行了大幅度的调价，甚至将已有保单持有人的保费提高了25%—90%。保险公司还加强了健康筛查，许多公司现在要求申请者进行血液检查，并且排除精神疾病患者（Forte, 2015）。

这些趋势背后的原因很简单。在过去，大多数保费的计算基于这样一个假设，即保险公司所持有的储备资金将会有相当高的回报率，并且人们的保单会以预期的费率终止。然而，随着2008年股市崩溃、低利率以及随之而来的经济衰退和缓慢的经济增长，保险公司现在的储备回报率要低得多，从而使其提高了保费。与此同时，保险公司认识到，愿意终止保险项目的保单持有人比预期的要少，这意味着更多的人在需要养老时仍会持有保单，这导致保险公司不得不支付计划之外的赔偿金。这两个因素加在一起，使得大多数保险公司发现预测20—40年后的长期照护保险费用风险太大，他们不愿意落个保费飞涨的坏名声。虽然商业长期照护保险覆盖大部分人口的可能性不太高，但近期的发展却越来越糟。

像德国这样拥有长期照护保险的国家，商业长期照护保险可能起到补充公共计划的作用。在通过资格审查确定融资系统的国家，保险是用来替代政府计划的。

商业长期照护保险市场需求过低的原因包括：

- **商业长期照护保险费用过高。**在美国，如果在65岁购买保险的话，一份条件为每天150美元赔偿金外加5%的通货膨胀保护的三年期保单每年费用为2853美元（Federal Long-Term Care Insurance Program, 2015）。许多研究发现，美国大多数人都负担不起商业长期照护保险（Feder, Komisar and Friedland, 2007; Wiener, Illston and Hanley, 1994），近期保费的急剧上涨更是让其变得难以承受。此外，保费中至少40%是利润、销售代理的佣金、营销成本以及其他管理费用。虽然年轻时通过雇主购买的保险费率较低，但年轻人的收入通常有各种竞争性需求，包括住房抵押贷款、儿童照护、子女教育支出和退休储蓄。此外，即便美国的雇主提供保险，但他们并不帮雇员支付费用。几乎所有基于雇主的保险单都建立在雇员支付全部费用的基础之上。因此，在以雇主为基础的环境下，自愿购买商业长期照护保险的比例通常非常低（一般约占符合条件人数的7%）。

大多数推动商业长期照护保险市场的方法都是降低保险费。其中一种方法是对购买商业长期照护保险给予税收减免或抵免。与之相关的另一个选择是，允许人们使用免税退休金计划的资金来支付长期照护保险。目前，美国联邦法律允许从收入中扣除符合条件的长期照护保险费作为部分医疗费用，但是规定只有在自费医疗总支出超过调整后的总收入的10%时才可以这样做（对于65岁及以上的纳税人，该比例为7.5%），并且只限于超过支出界限值的费用。然而，鉴于门槛过高，很少有人能够符合这些条件。此外，至少有36个州以及哥伦比亚特区为购买商业长期照护保险提供税收激励（Baer and O'Brien, 2010），但是若干研究表明，税收优惠政策对购买商业长期照护保险的影响不大，除非补贴金额足够大（Feder, Komisar and Friedland, 2007; Goda, 2010; Nixon, 2008; Wiener, Illston and Hanley, 1994）。

另外一种扩大市场的策略是政府为那些经过核准的商业长期照护保险未覆盖的长期照护服务费用买单。这种策略可以提供终身保险，同时并不需要人们购买昂贵的提供终身赔偿金的商业长期照护保险，但是这种情况在市场上已经基本消失。长期照护合作模式也属于这种策略，目前这种合作模式正在美国的许多州实行，以医疗补助计划作为政府的后盾。基于这种做法，允许那些持有多于通常规定的金额的金融资产的人们仍能够有资格获得医疗补助。虽然这种方法最受政策分析师喜爱，但是其并没有促成销售的大幅度增长（Hawaii Long-Term Care Commission, 2012）。关于长期照护合作模式究竟可以为医疗补助计划节省费用还是增加费用，目前还没有得出统一的结论（Bergquist, Font and Swartz, 2015; Sun and Webb, 2013; Wiener, Illston and Hanley, 1994）。

- *医疗保险会把很大一部分人排除在外，使其无法购买保险。*由于商业长期照护保险一直是自愿购买的，因此就存在逆向选择的风险，也会造成那些使用长期照护服务的人更加愿意购买保险，因为保费（即使很高）将低于他们想要使用的服务费用。为了防止逆向选择，保险公司通常从医学角度承保，以防止各种慢性病患者或失能人士购买保险。虽然承保方式的数据属于专有信息，但是2009年美国的保险公司拒绝了14%年龄在50—59岁之间的申请人和23%年龄在60—69岁之间的申请者，即使他们已经通过了销售代理的初步筛选（American Association for Long-Term Care Insurance, 2010）。如前所述，近年来美国的医疗保险标准已经收紧。

- *没人希望自己需要长期照护保险。*虽然几乎每个人最终都需要医生、医院服务以及处方药，但是很少有人希望自己严重失能，不希望连吃饭、沐浴、穿衣等基本活动都需要协助。然而，使用微观模拟模型，Favreault和Dey（2015）估计大约有一半（52%）的65岁及以上美国人将严重失能。大多数人将需要两年以下的照护服务，大约在七个老年人中将会有一个人失能五年以上。美国最近的一项研究表明，大多数人希望自己长寿，但不想要养老机构的服务（Khatutsky et al., 2015）。在有些国家，如美国，政府健康保险计划（医疗保险制度）包含了一些短期的、紧急期后的养老院和家庭医疗健康服务，很多人误认为现有的医疗保险计划将涵盖长期照护服务，所以不需要购买长期照护保险。

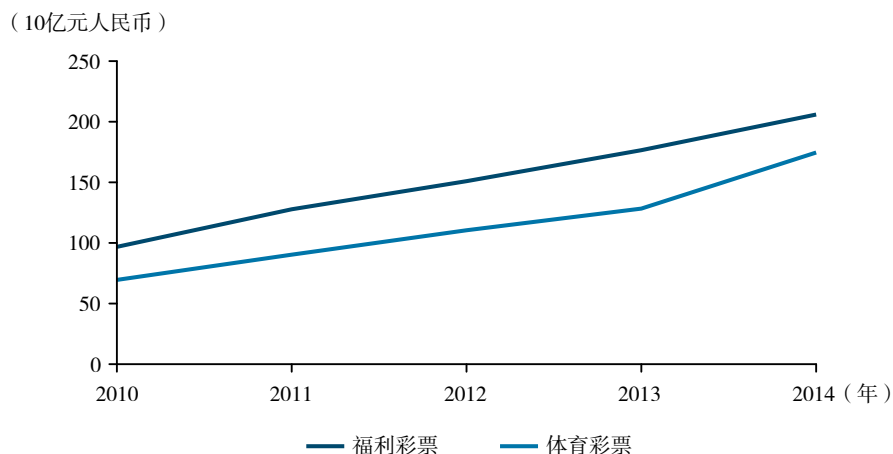
## 5.4 中国目前的长期照护服务融资

政府对养老服务的拨款大部分来自彩票公益金。据中华人民共和国民政部有关报道，20世纪80年代中期到2010年间，3/5的国家老年福利相关支出来自彩票公益金，地方政府贡献了大约1/4的支出，其他资金来源约占15%（Song and Glinskaya, 2016）。彩票公益金的钱来自福利彩票和体育彩票的收益。2010—2014年，名义上这两种彩票的总收入不止翻了一番，2014年福利彩票的收益为2060亿元人民币，体育彩票的收益约

为1.75亿元人民币（见图5.1）。

彩票资金的分配很复杂。扣除彩票价格（约占所有收入的一半）和行政成本（约占收入的15%），剩余的35%作为彩票公益金。2014年留作彩票公益金的金额约为1330亿元人民币。彩票公益金的资金由国家和省级政府平分。保留在省级的资金用于社会福利，有将近一半的福利彩票收入（不包括体育彩票收入）用于各类老年福利项目和活动。2014年，由省级机关投入到全国老年福利的彩票公益金约为180亿元人民币。同年，保留在国家层面的收益对老年福利的相关支出为9亿元人民币，约占彩票公益金的1%—1.5%。

图5.1 2010—2014年彩票销售额



资料来源：民政部，不同年份；国家体育总局，不同年份。

中国养老服务的公共支出总额占GDP的比例为0.02%—0.04%。除此之外，照顾体弱老人的部分服务形式（医疗卫生、康复、养老）由医疗保险制度和卫生预算所涵盖，并没有把这些支出归因于对老年人的长期照护的可靠估算。

20世纪80年代中期到2010年间，由省级政府部门拨款给省级、市级和区县老年福利项目的彩票公益金占总额的比例平均分别为40%、40%和20%。近年来，市县彩票公益金总开支比例呈现增长趋势（省级开支所占比例则相对下降）。

总体而言，大约90%的彩票公益金花在了基础设施建设方面，而非基础设施在省、市级的占比较高，在区/县级的占比较低。非基础设施支出包括对老人和其他活动的各种补贴。截至2014年年底，已经有18个省利用彩票公益金的资源推出了针对80岁及以上老年人的补贴政策，22个省推出了针对经济困难老年人的补贴，4个省推出了针对有精神障碍和经济困难老年人的养老补贴（MOCA，2014）。近年来，各级非基础设施支出占比呈现增长趋势。不过，彩票公益金支出仍然主要用于包括新建、重建或扩大现有机构在内的各种基础设施融资，如养老院、农村老人家庭、荣誉家庭（退伍军

人)，以及老年人文化娱乐活动中心。

总体而言，公共资金主要限于：（1）对社会福利领取者的支持，包括如下文所述的“三无”老人，为他们提供政府福利院服务以及直接购买养老服务；（2）帮助征用土地用于建造养老服务机构、疗养院和社区中心；（3）补贴私人运营的养老院和社区养老中心（通常根据床位的固定成本和运营费用来进行补贴），不直接补贴给入住老年人；（4）养老服务工作者培训；以及（5）医疗保险补贴（包括一些技术服务）。

**为“三无”老人提供资金支持。**政府为小部分生活在社区或政府经营的社会福利机构的、经过严格界定的领取社会福利者支付所有生活费用（包括长期照护服务），这些社会福利领取者俗称“三无”老人。它是指失去工作能力、没有收入来源、没有亲属或法定监护人抚养或者其抚养人确无抚养能力的老人。针对“五保”（“五种保障”）人员，当地政府有责任为其提供食物、衣物、住房、医疗和丧葬费用。公共部门的这个作用存在已久，但并没有太多人享受到这种财政机制所提供的服务。根据政府统计，2014年中国全国范围内城镇地区有76000名“三无”老人，农村地区有529万名“五保”人员（MOCA，2015）。总体而言，2014年这些福利接受者占中国60岁及以上人口总数的比例不到2.5%。

**供应方面的补贴：政府为服务提供者的建设和运营提供补贴。**政府以新建补贴和床位运营补贴的形式，为民营部门开发新的长期照护服务设施提供经济奖励。这些补贴——结合其他优惠政策，如免税，为新建工程提供土地分配或租赁，降低公用事业费率——的目的是鼓励民营部门为养老服务的发展投资。需要注意的是，运营补贴不是和使用该服务的人相关联的，而是和提供服务的机构相关联。由于种类繁多，运营和资本补贴的差异造成该系统在服务特点和地理区域方面有很大差异。

这些补贴针对的是新机构的建设，但各省、市的情况不尽相同，不过补贴额度通常都比较低，尤其是机构运营补贴。在北京、安徽、宁夏、南京（江苏省）、成都（四川省）、济南（山东省）等地以及其他地方，一般有新建工程的时候，这类补贴通常带有机会主义的成分。这些补贴大多与住宅环境相关，但其中一些也可以用于社区养老环境的新建工程（如中国四个直辖市之一的重庆）。一般情况下，这些补贴和养老质量或其他服务标准没有明确的关联。

例如，北京市政府为每个新建床位提供8000—16000元的建设补贴，以及每个月每个实占床位100—200元的运营补贴。在安徽省，民营服务提供者会收到建设费用方面的一次性补贴、常规运营补贴、贷款利息补贴和服务补贴。就运营补贴而言，市县提供的补贴不少于每人每月200元。对于收到政府服务补贴的养老机构或社会组织，其补贴水平是基于它们的服务类型和标准。服务失能或痴呆老年人的机构获得的补贴是基于其服务对象的失能水平。运营和服务补贴取决于服务对象是轻度、中度还是重度失能，分别有标准量的50%、100%和200%以上变量。

在宁夏，非营利组织自己建设相关机构，每张床位将获得8000元的一次性建设补助，其中3000元来自常规省级财政预算，3000元来自省级彩票收入。如果这个机构位

于县城，那么其中2000元来自县级预算；如果位于市辖区，则还将获得额外的1000元辖区预算。在南京，市政府为新建工程提供经济奖励，包括每张新建床位2000—4000元的建设补贴，以及每个月每个实占床位80元的运营补贴。

**对服务使用者的需求方面的补贴（兑换券）。**中国地方政府正在尝试以现金或者服务兑换券的形式，为不同的老年人群体，如年龄在80岁及以上或没有子女与之一起生活的体弱的老年人，提供限额津贴。虽然资金远不足以购买大量的长期照护服务，但确实改善了有高风险长期照护需求的人的财务状况。如果专注于年龄或接受现金福利援助等方面，这种方法的管理成本较低，因为个人不需要接受复杂的功能和需求评估。

这种方法的其中一个案例是，北京市为老年人提供服务兑换券，用来购买社区养老服务。2010年，北京市为超过60岁的老年人提供每月100元的服务兑换券，用于支付诸如家务料理、康复援助和其他居家服务项目。受益人约占北京市60岁及以上户籍人口的15.2%。2013年，北京市政府发放了约5亿元的养老服务兑换券。据报道，大部分的资金都用在了食物等基本项目上，而不是服务方面（财新网，2013）。

同样，在安徽省，各类符合条件的“三无”人员每个月都可以领取价值40元到600元的兑换券，这些兑换券的使用有效期为一个月。可以用兑换券购买的服务包括日常生活援助、医疗康复和家政服务。市级和区级政府平摊费用。合肥市包河区政府对极其贫困的人提供两种兑换券：20元信息服务补贴和100元的养老服务补贴。

**与医疗卫生保健融资体系的关系。**在过去40年里，中国已经扩大了基本医疗保险覆盖的人口数量，目前已覆盖超过95%的人口（Blumenthal and Hsiao, 2015; Yip and Hsiao, 2015; Yip et al., 2012）。尽管医疗卫生方面已经取得了巨大进步，但该系统仍然面临着浪费、低效、低质量以及劳动力短缺和分布不均的阻碍（Yip et al., 2012）。

一般来说，医疗卫生和长期照护服务系统是独立的且互不相同，即便一些养老院紧邻或隶属于公立医院，而且部分长期照护服务机构也有医疗人员（与护理人员不同）（国际中华老龄产业协会，日期不明）。尽管互相独立，一些城市和省份——包括青岛（山东省）、潍坊（山东省）和南京（江苏省）——正在尝试使用医疗卫生保险提供长期照护保险。例如，在青岛，医疗保险的少量资金（0.2%）和彩票公益金的资金会转入长期照护保险账户。所涵盖的服务包括居家养老、医院养老和某些长期照护服务机构的服务。潍坊和南京也有类似的试点项目。

虽然似乎和医疗保险并无关联，但是北京市海淀区政府仍然对涵盖家庭护理的长期照护保险提供保费补贴。补贴金额因年龄而异。

## 5.5 对中国的启示

中国经常被描述为一个“未富先老”的国家，这意味着有长期照护服务需求的老年人及其家庭将没有足够的资金来支付这样的服务（这类服务在中国和其他地方都很



昂贵)。因此，虽然长期照护服务需求真实存在并迅速增长，但是大部分需求可能并不能转化为有效需求。根据中国老龄科学研究中心2013年进行的一项关于中国10个城市老年人的调查(Dang, 2014)，被调查对象的养老金每月平均为2532元，这是89%的调查对象的主要收入来源。相比之下，一个住家养老服务人员的平均费用是每个月2220元；成人日间服务的平均费用大约为每天50元或每月1500元；家政服务的平均费用是每次19元。对于机构养老来说，这些费用甚至更高，这在一定程度上解释了许多民营养老机构，尤其是高端养老机构的高空置率(Feng et al., 2011)。

如果不大幅度增加对那些更需要长期照护服务但却缺少支付办法的老年人的公共支持，政府将在扩大和维持养老行业方面面临严峻挑战。如前所述，尽管最近政府已经开始以新建床位补贴和现有养老院的床位的运营补贴的形式对民营部门给予供给方面的经济激励，但是这些激励并没有将养老质量标准的监督和执行考虑在内，使得政府无法实现机构、居家和社区服务的理想平衡。

许多国家在推动商业长期照护保险方面的困难和失败对中国来说不是个好兆头。虽然作为人们支付服务的一种方式，中国的商业长期照护保险（主要是商业保险机构）正日益获得关注，但是它很有可能并不会发挥作用。除了那些把商业长期照护保险作为强制性公共医疗制度的补充选择的国家之外，没有任何一个国家把商业长期照护保险作为长期照护服务融资的主要来源。其他国家的经验表明，商业长期照护保险过于昂贵，保险公司无法对保单进行精确定价。

发展一个健全的公共融资系统的关键问题在于中央和省级/地方政府之间的职责分工。如前所述，集中管理系统对于确保横向公平是最好的，但是这样的系统中存在官僚主义，而且也无法对地方的条件、需求和传统进行积极响应。更为分散的系统会造成地区和个体差异性，而且可能会导致效率低下，因为每个地区都必须决定如何设计和管理该系统。

中国也许希望从更广泛的资格审查公共长期照护服务融资系统入手，该系统比当前主要支持“三无”老人和“五保”人员的系统的限制更少。那么，下一步合理的做法将是政府扩大安全网，以覆盖更多急需长期照护服务但又没有足够的财力来支付所需养老服务的老年人（失能人士）。然而，其他国家（如美国和英国）的经验证明，资格审查公共长期照护服务融资系统存在固有缺陷和诸多不良特征，如养老服务对象的耻辱感（而不是权利）以及资格“把关”和福利的高行政负担。此外，资格审查的手段并不能避免庞大的自费支出，而且由此产生的贫困会导致绝大多数有照护服务需求的人在经济上符合公共支付标准。

从中长期来看，中国应该考虑建立一个普遍的全民公共长期照护服务融资系统，类似于荷兰、德国、日本，以及最近韩国采用的全民社会保险模式。正如对老年人的医疗卫生保健和收入支持一样，这种方法也承认需要长期照护服务是一种绝大多数人都无法自己解决的正常的生活风险。

## 参考文献

- American Association for Long-Term Care Insurance. 2010. "The 2010 Sourcebook for Long-Term Care Insurance Information." Westlake, California, U.S.
- Baer, O' Brien. 2010. "Federal and state income tax incentives for private long-term care insurance." Washington, DC: AARP. <http://assets.aarp.org/rgcenter/ppi/econ-sec/2009-19-tax-incentives.pdf>.
- Bergquist, Font, and Swartz. 2015. "Long term care partnerships: Are they 'fit for purpose'?" Munich, Germany: Ludwig-Maximilians University's Center for Economic Studies and the Ifo Institute. [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2555540##](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2555540##).
- Blumenthal, Hsiao. 2015. "Lessons from the East—China's rapidly evolving health care system." *New England Journal of Medicine* 372(14): 1281–1285.
- Caixin Online. 2013. "Blues for Gray Hair: What's wrong with China's elder care section." March 6.
- Campbell, Ikegami, and Gibson. 2010. "Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan." *Health Affairs* 29: 87–95.
- Campbell, John Creighton, and Naoki Ikegami. 2000. "Long-term care insurance comes to Japan." *Health Affairs* 19: 26–39.
- Campbell, John Creighton, Naoki Ikegami. 2003. "Japan's radical reform of long-term care." *Social Policy and Administration* 37: 21 – 34.
- Centers for Medicare and Medicaid Services. 2015. "Nursing Home Data Compendium, 2015 Edition." Baltimore: Centers for Medicare and Medicaid Services. [https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/Downloads/nursinghomedatacompendium\\_508-2015.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/Downloads/nursinghomedatacompendium_508-2015.pdf).
- Cohen, Kaur, and Darnell. 2013. "Exiting the market: Understanding the factors behind carriers' decision to leave the long-term care insurance market." Washington, DC: Assistant Secretary for Planning and Evaluation. <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2013/MrktExit.pdf>.
- Colombo, Llena-Nozal, Mercier, and Tjadens. 2011. "Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care." Paris: Organization for Economic Co-operation and Development.
- Commodore, Devereaux, Zhou, Stone, Busse, Ravindran, Burns, Haines, Stringer, Cook, Walter, Sullivan, Berwanger, Bhandari, Banglawala, Lavis, Petrisor, Schünemann, Walsh, Bhatnagar, Guyatt. 2009. "Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: Systematic review and meta-analysis." *BMJ*, 339:b2732. doi: 10.1136/bmj.b2732.
- Cuellar, Alison Evans, and Joshua M. Wiener. 2000. "Can social insurance for long-term care work? The case of Germany." *Health Affairs* 19(3): 8–25.
- Dang. 2014. News release on the "Survey of 10,000 Seniors in 10 Cities on the Current Situation of In-Home Care" (in Chinese). China Research Center on Aging.
- David C. Nixon. 2008. "Tax incentives for family caregivers: A cost-benefit analysis." Honolulu, HI: University of Hawaii at Manoa. <http://www.publicpolicycenter.hawaii.edu/documents/paper003.pdf>.
- de la Maisonnette, and Martin, 2013. "Public spending on health and long-term care: a new set of projections." Paris: Organization for Economic Co-operation and Development. <http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf>.
- Doty, P., Nadash, P. and Racco, N. 2015. Long-term care financing: Lessons from France. *Milbank Quarterly*.

- 93(2): 359–391.
- Eiken, Steve, Kate Sredl, Lisa Gold, Jessica Kasten, Brian Burwell, Paul Saucier. 2014. Medicaid Expenditures for Long-Term Services And Supports in FFY 2012, <https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/long-term-services-and-supports/downloads/lts-expenditures-2012.pdf>.
- Favreault, Dey. 2015. “Long-Term Services and Supports for Older Americans: Risks and Financing.” Washington, DC: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation/U.S. Department of Health and Human Services. <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/pdf/106211/ElderLTCrb-rev.pdf>.
- Feder, J., Komisar, H.L., and Friedland, R.B. (2007). Long-Term Care Financing: Policy Options for the Future. Washington, DC: Georgetown University. Available at: <http://ltc.georgetown.edu/forum/ltcfinalpaper061107.pdf>.
- Federal Long-Term Care Insurance Program. 2015. Premium calculator. Washington, DC: Office of Personnel Management. [https://www.ltcfeds.com/lteWeb/do/assessing\\_your\\_needs/RCPack?event=calculate](https://www.ltcfeds.com/lteWeb/do/assessing_your_needs/RCPack?event=calculate).
- Feng, Coots, Kaganova, and Wiener. 2014. “Hospital and ED use among Medicare beneficiaries with dementia varies by setting and proximity to death.” *Health Affairs* 33(4): 683–690.
- Feng, Guan, Feng, Liu, Zhan, and Mor. 2014. “Long-term care in China: Reining in market forces through regulatory oversight.” In V. Mor, T. Leone, and A. Maresso (Eds.), “Regulating long term care quality: An international comparison” (pp. 409–443). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Feng, Zhan, Feng, Liu, Sun, and Mor. 2011. “An industry in the making: The emergence of institutional elder care in urban China.” *Journal of the American Geriatrics Society* 59(4): 738–744.
- Forte. 2015. “Long-term care insurance: Past, present, future.” *Contingencies*. May/June: 19–26. [http://www.contingenciesonline.com/contingenciesonline/may\\_june\\_2015?pg=21#pg28](http://www.contingenciesonline.com/contingenciesonline/may_june_2015?pg=21#pg28).
- Frank, Cohen, and Mahoney. 2013. “Making progress: Expanding risk protection for long-term services and supports through private long-term care insurance.” Long Beach, California: The SCAN Foundation. [http://www.thescanfoundation.org/sites/thescanfoundation.org/files/tsf\\_ltc-financing\\_private-options\\_frank\\_3-20-13.pdf](http://www.thescanfoundation.org/sites/thescanfoundation.org/files/tsf_ltc-financing_private-options_frank_3-20-13.pdf).
- General Administration of Sport. various years. Notice of China Sport Lottery Issuing and Selling Data (中国体育彩票发行销售数据公告).
- Genet, Boerma, Koneman, Hutchinson, and Saltman. 2012. “Home Care across Europe.” Geneva: World Health Organization. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/181799/e96757.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf).
- Genworth Financial. 2015. “Genworth 2015 Cost of Care Survey: Home Care Providers, Adult Day Health Care Facilities, Assisted Living Facilities and Nursing Homes.” Richmond, Virginia, USA. <https://www.genworth.com/corporate/about-genworth/industry-expertise/cost-of-care.html>.
- Goda, G. S. (2010). *The impact of state tax subsidies for private long-term care insurance on coverage and Medicaid expenditures*. NBER Working Paper No. 16406. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Goodwin. 2007. “Developing effective joint commissioning between health and social care: Prospects for the future based on lessons from the past.” *Journal of Care Services Management* 1: 279 – 293.
- Gopi Shah Goda. 2010. “The impact of state tax subsidies for private long-term care insurance on coverage and Medicaid expenditures.” NBER Working Paper No. 16406. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Harrington, Olney, Carillo, and Kang. 2012. “Nurse staffing and deficiencies in the largest for-profit nursing home chains and chains owned by private equity companies.” *Health Services Research* 47(1 Pt 1):106–128.

- Hawaii Long-Term Care Commission. 2012. "Long-term care reform in Hawaii: Report of the Hawaii Long-Term Care Commission." Honolulu, HI: University of Hawaii at Manoa.
- International China Ageing Industry Association (ICAIA). (undated). "Cross-region elderly care – Hankou Golden Heights." <http://www.icaia.net/en/EnRESEARCH/SilverCoverage22/1051.html>.
- Johnson, and Wiener. 2006. "A Profile of Frail Older Americans and Their Caregivers." Washington, DC: The Urban Institute. <http://www.urban.org/publications/311284.html>.
- Judith Feder, Harriet L. Komisar, Robert B. Friedland. 2007. "Long-Term Care Financing: Policy Options for the Future." Washington, DC: Georgetown University. <http://ltc.georgetown.edu/forum/ltcfinalpaper061107.pdf>.
- Jung, Jang, Seok, and Kwon. 2014. Quality monitoring of long-term care in the Republic of Korea. In V. Mor, T. Leone, and A. Maresso (Eds.), "Regulating long-term care: An international comparison." (pp. 385–408). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Kaiser Family Foundation. 2013a. "Overview of Nursing Facility Capacity, Financing, and Ownership in the United States in 2011." Washington, DC. <http://kff.org/medicaid/fact-sheet/overview-of-nursing-facility-capacity-financing-and-ownership-in-the-united-states-in-2011/>.
- Kaiser Family Foundation. 2013b. "A short look at long-term care for seniors." *Journal of the American Medicaid Association* 310(8):786–787. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1733726>.
- Karp, Sabatino, and Wood. 2005. "Medicaid Estate Recovery: A 2004 Survey of State Programs and Practices." Washington, DC: AARP. [http://assets.aarp.org/rgcenter/il/2005\\_06\\_recovery.pdf](http://assets.aarp.org/rgcenter/il/2005_06_recovery.pdf).
- Ke Bin Wu. 2013. "Income and poverty of older Americans, 2011." Washington, DC: AARP. [http://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/public\\_policy\\_institute/econ\\_sec/2013/income-and-poverty-of-older-americans-AARP-ppi-econ-sec.pdf](http://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/public_policy_institute/econ_sec/2013/income-and-poverty-of-older-americans-AARP-ppi-econ-sec.pdf).
- Khatutsky, Wiener, Thach, and Greene. 2015. "What do people know about long-term services and supports?" Research Triangle Park, NC: RTI International.
- Konetzka, Karon, and Potter. 2012. "Users of Medicaid home and community-based services are especially vulnerable to costly avoidable hospital admissions." *Health Affairs* 31(6): 1167–75.
- Kwon, Soonman. 2009. "The introduction of long-term care insurance in South Korea." *Eurohealth* 15(1): 28–29.
- Song, J. and Glinskaya, E. 2016. Technical note on the public financing of elderly care services in China. Beijing, China: The World Bank (unpublished).
- Lipszyc, Sail, and Xavier. 2012. "Long-Term Care: Need, Use and Expenditure in the EU-27." Brussels: European Commission. [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/economic\\_paper/2012/pdf/ecp469\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf).
- Lorenzoni, Morgan, Murakami, and James. 2015. "Public expenditure projections for health and long-term care for China until 2030." *OECD Health Working Papers*, No. 84. Paris: OECD Publishing. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5jrs3c274vq3.pdf?expires=1459215900&id=idandaccname=guestandchecks&um=9C6B39B738B0B0086615BAA54D99140E>.
- Mary Jo Gibson, Donald L. Redfoot. 2007. "Comparing Long-Term Care in Germany and the United States: What Can We Learn From Each Other?" (Report No. 2007–19). Washington, DC: AARP Public Policy Institute. [http://assets.aarp.org/rgcenter/il/2007\\_19\\_usgerman\\_ltc.pdf](http://assets.aarp.org/rgcenter/il/2007_19_usgerman_ltc.pdf).
- MOCA, 2014, China Civil Affairs Statistical Yearbook 2013. Beijing: China Statistics Press.
- MOCA. 2015. "Statistical Communique on the Development of Social Services: 2014." <http://ews.mca.gov.cn/article/tjbg/201506/20150600832439.shtml>.

- MOCA. various years. Notice of China Welfare Lottery's Issuing and Selling Data.
- National Association of Insurance Commissioners (NAIC). 2015. "NAIC long-term care insurance experience exhibit report for 2014." Kansas City, MO.
- Ng, T., Harrington, C., Musumeci, M.B., and Reaves, E.L. (2015). *Medicaid Home and Community-Based Services Programs: A 2012 Update*. Washington, DC: Kaiser Family Foundation. Available at: <http://files.kff.org/attachment/report-medicare-home-and-community-based-services-programs-2012-data-update>.
- Nixon, D. (2008). *Tax incentives for family caregiving: A cost-benefit analysis*. Honolulu, HI: University of Hawaii at Manoa. Available at <http://www.publicpolicycenter.hawaii.edu/documents/paper003.pdf>.
- Pamela Doty, Pamela Nadash, and Nathalie Racco .2015. "Long-term care financing: Lessons from France." *Milbank Quarterly* 93(2): 359-391.
- Rivlin, Alice M., and Joshua M. Wiener. 1988. "Caring for the disabled elderly: Who will pay?" Washington, DC: The Brookings Institution.
- Song, J. and Glinskaya, E. (2016). Technical note on the public financing of elderly care services in China. Beijing, China: The World Bank (unpublished).
- Sun, W., & Webb, A. (2013). *Can long-term care insurance partnership program increase coverage and reduce Medicaid costs?* Boston, MA: Center for Retirement Research at Boston College. Available at [http://crr.bc.edu/wp-content/uploads/2013/03/wp\\_2013-8-508.pdf](http://crr.bc.edu/wp-content/uploads/2013/03/wp_2013-8-508.pdf).
- Swedish Ministry of Health and Social Affairs. 2007. "Care of the elderly in Sweden. Stockholm: Swedish Ministry of Health and Social Affairs." <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/08/76/73/a43fc24d.pdf>.
- Terence Ng, Charlene Harrington, MaryBeth Musumeci, and Erica L. Reaves. 2015. "Medicaid Home and Community-Based Services Programs: A 2012 Update." Washington, DC: Kaiser Family Foundation. <http://files.kff.org/attachment/report-medicare-home-and-community-based-services-programs-2012-data-update>.
- United Kingdom Commission for Social Care Inspection. 2009. "The state of social care in England." London, UK: United Kingdom Commission for Social Care Inspection. [http://www.dhcarenetworks.org.uk/\\_library/Resources/Housing/Support\\_materials/Other\\_reports\\_and\\_guidance/The\\_state\\_of\\_social\\_care\\_in\\_England\\_2007-08.pdf](http://www.dhcarenetworks.org.uk/_library/Resources/Housing/Support_materials/Other_reports_and_guidance/The_state_of_social_care_in_England_2007-08.pdf).
- United Kingdom Department of Health. 2013. "Landmark reform to help elderly with care costs." London, England. <https://www.gov.uk/government/news/landmark-reform-to-help-elderly-with-care-costs>.
- Walsh, Wiener, Haber, Bragg, Freiman, and Ouslander. 2012. "Potentially avoidable hospitalizations of dually eligible Medicare/Medicaid beneficiaries from nursing facility and home and community-based services waiver programs." *Journal of the American Geriatric Society* 60(5): 821-829.
- Wei Sun , Anthony Webb. 2013. "Can long-term care insurance partnership program increase coverage and reduce Medicaid costs?" Boston, MA: Center for Retirement Research at Boston College. [http://crr.bc.edu/wp-content/uploads/2013/03/wp\\_2013-8-508.pdf](http://crr.bc.edu/wp-content/uploads/2013/03/wp_2013-8-508.pdf).
- Wiener, and Tilly. 2003. "Long-term care and American federalism: Can states be the engine of reform?" In J. Holahan, A. Weil, and J. M. Wiener (Eds.), *Federalism and health policy* (pp. 249-292). Washington, DC: The Urban Institute Press.
- Wiener, Anderson, and Brown. 2009. "Why Are Nursing Home Utilization Rates Declining?" Report prepared for the Centers for Medicare and Medicaid Services. Washington, DC: RTI International.
- Wiener, Anderson, Khatutsky, Kaganova, and O'Keeffe. (2013, March). "Medicaid spend down: New estimates and implications for long-term services and supports financing reform." Long Beach, CA: The SCAN Foundation. Available from: [http://www.thescanfoundation.org/sites/default/files/rti\\_medicare-spend-down\\_3-20-13.pdf](http://www.thescanfoundation.org/sites/default/files/rti_medicare-spend-down_3-20-13.pdf).

- Wiener, Illston, and Hanley. 1994. "Sharing the Burden: Strategies for Public and Private Long-Term Care Insurance." Washington, DC: The Brookings Institution.
- Wiener, Joshua M., Alison Evans Cuellar. 1999. "Public and private responsibilities: Home and community-based services in the United Kingdom and Germany." *Journal of Aging and Health* 11(3): 417-444.
- Wiener, Joshua M.. 1996. "Long-term care reform: An international perspective." *Health Care Reform: The will to change* (pp. 67-79). Health Policy Studies No. 8. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Wiener, Joshua M.. 2011. "Long-term care financing, service delivery and quality assurance: The international experience." In R. Bitstock and L. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences, 7th Edition* (pp. 309-322). London: Elsevier.
- Wiener, Joshua M.. 2013. "What the Long-Term Care Commission needs to know." Presented at a Workshop on Long-Term Care Financing, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, Washington, DC.
- Wiener, Tilly, Cuellar, Howe, Doyle, Campbell, and Ikegami. 2007. "Quality assurance for Long-Term Care: The experiences of England, Australia, Germany, and Japan." Washington, DC: AARP. [http://assets.aarp.org/rgcenter/il/2007\\_05\\_ltc.pdf](http://assets.aarp.org/rgcenter/il/2007_05_ltc.pdf).
- Winnie Chi-Man Yip, William C Hsiao, Wen Chen, Shanlian Hu, Jin Ma, Alan Maynard. 2012. "Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms." *Lancet* 379: 833-42.
- Winnie Yipa, William C. Hsiaoob . 2015. "What drove the cycles of Chinese health systems reforms?" *Health Systems and Reform* 1(1): 52-61.
- World Bank. (2016). *Live Long and Prosper: Aging in East Asia and Pacific*. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0469-4.
- Wu, K.B. (2013). *Income and poverty of older Americans, 2011*. Washington, DC: AARP. Available at: [http://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/public\\_policy\\_institute/econ\\_sec/2013/income-and-poverty-of-older-americans-AARP-ppi-econ-sec.pdf](http://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/public_policy_institute/econ_sec/2013/income-and-poverty-of-older-americans-AARP-ppi-econ-sec.pdf).
- Yip, W. & Hsiao, W.C. (2015). What drove the cycles of Chinese health systems reforms? *Health Systems & Reform*, 1(1): 52-61.
- Yip, W. C-M., Hsiao, W.C., Chen, W., Hu, S., Ma, J., and Maynard, A. (2012). Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms. *Lancet*, 379: 833-42.



## 第6章

# 委托人—服务提供者关系： 国际经验与对中国政策的启示

Jan M. Bauer Lizzy Feller 葛蔼灵<sup>1</sup>

### 6.1 引言：为何将委托人和服务提供者的角色分开

养老服务需求的上升迫使各国政府寻求提升效率的方法。欧洲拥有最悠久的公立长期照护服务经验，特别是位于北部的国家和地区（英国、德国、荷兰、斯堪的纳维亚地区）是针对日益增长的养老服务需求而采取行动的第一批国家。从20世纪60年代末开始，欧洲长期照护服务体系大多建立在公共供给的基础上，很少强调竞争。20世纪90年代，不断增长的支出和日益增长的需求导致这些国家产生了许多变革。在过去20年里，养老服务也成为亚洲部分国家和地区一个重要的公共问题。随着低生育率和寿命的延长，人口结构快速转变，日本、中国香港和韩国都出现了与大多数西方国家（地区）类似的情况。

然而，世界上越来越多的国家政府已经认识到对老年人提供支持是必要的，许多国家已经放弃直接提供医疗服务，转而选择将私人市场引入长期照护服务体系。这个决定主要受新公共管理（NPM）思想的影响和指导。大多数政府正在努力减少公共供给并培育以市场为基础的解决方案，包括民营企业。将长期照护保险的职责和服务交付分开是重大的变化之一，现在一些欧洲国家正在强制进行改变（Robinson, Figueras and Jakubowski, 2005; Rodrigues, Leichsenring and Winkelmann, 2014）。

新公共管理理论的支持者声称，政府应该关注其作为管理者的角色并将社会服务交付外包给私人市场。总体来说，应该从以下几个方面划分任务，从而提高公共服务

---

<sup>1</sup> Jan M. Bauer, 丹麦哥本哈根商学院跨文化交流与管理系助理教授；Lizzy Feller, 自由顾问，现已退休；葛蔼灵（Elena Glinskaya），世界银行中国、蒙古和韩国局人类发展项目首席经济学家和主任。



供给：（1）加强行业的响应能力和创新潜力；（2）增加服务供给的成本效益；（3）通过正式合同明确问责机制和增强透明度来提高服务质量（BLöchlinger, 2008）。

这种新公共管理的方法将竞争优势和保障公共医疗的任务结合起来，克服了市场的低效率问题。欧洲的例子表明，老年人和失能人士的需求会影响他们所接受的服务类型和受益金。特别是在居家养老服务的环境中，养老安排多变，需要非正式照护和正式照护之间相互配合、相互作用，个人选择有助于产生最好的结果。此外，不断壮大的长期照护技术市场很有可能影响未来的服务供给。因此，需要精简，而且专业的私人公司作为创新者提供量身定制服务，并促进新技术的有效应用（Irish, Salamon and Simon, 2009）。

与这一创新优势密切相关且观点相一致，提供长期照护服务的方式中最具成本效益的应该是通过自由市场竞争得出的结果。消费者只会选择最好的服务提供者，从而导致整体服务质量的提高和成本的降低。为了在市场上生存，民营企业有动力为老年人提供最好的服务。新公共管理的核心理念与缺乏削减成本动力的公共垄断企业截然不同。政府只与自己的服务提供者“签约”，因此长期照护服务行业缺乏来自竞争的管理激励机制。

虽然长期照护行业中私人供给的扩张提供了巨大潜力，但是它也可能以牺牲最脆弱群体为代价并带来风险。服务提供者结构的设计不仅对质量和服务成本具有重要意义，也对消费者选择的多样性具有重要意义。因此，长期照护行业的成功实施是复杂的，需要智慧的设计和强有力的政府参与，以确保市场机制的可靠性。

新公共管理的优点依赖于有效的市场机制，可能并不直接存在于长期照护行业，这意味着外包服务也可能给政府和需要服务的人带来潜在风险。外包服务的主要问题来自于委托代理问题。委托人（政府机构）与代理人（民营部门）签订合同以提供一系列的服务（Tynkkynen, Keskimäki and Lehto, 2013）。如果委托人不能轻易地观察到代理人的行为，则代理人可能出于自身利益行事，从而损害委托人的利益。当市场竞争非常充分时，这种导致极大效率损失的“偷懒”行为的风险很小，因为那些以牺牲委托人为代价来追寻自己利益的服务提供者会输给更有效和更认真的竞争对手。然而，正式的养老市场并不总是充分竞争，所以与规避义务的服务提供者的合同经常得以继续。服务提供者市场缺乏竞争的两个主要原因是：市场可竞争力较低和对服务产出加以评估比较困难。因此，政府需要采取措施来克服缺乏自我监管的市场竞争环境（Rodrigues, Leichsenring and Winkelmann, 2014）。值得注意的是，利益冲突的理论假设不同于传统的管理模式，在这种模式下，双方有共同的目标，而这种关系是建立在信任的基础之上的。然而，在现实中，这两种看似矛盾的方法往往并存（Jing and Chen, 2012）。

解决这些问题的手段包括监测、授权和用来评估服务提供者表现的合同规定。签订合同是将委托人和服务提供者角色分开的重要部分之一，因为合同能够界定双方之间的关系。正式合同可以为服务提供者设定一定的质量标准，并且委托人有资格让服

务提供者对其所提供的合同服务负法律责任。正式合同还增加了透明度，这将有助于维持高水平的服务质量，因为政府和消费者对于民营部门必须提供的服务有更多的认识和掌控。然而，正式合同会产生一定的交易成本，因为双方都需要收集信息，为谈判讨价还价，而且委托人必须进行监测以确保服务提供者的工作符合委托人的最大利益。同时，过于强大的监管可能会降低民营部门的生产力并降低创新潜力（Irish, Salamon and Simon, 2009）。

因为私人市场在社会服务供给方面的优势仍有争议，所以不同国家实施的新公共管理各不相同。斯堪的纳维亚地区的国家政府仍然主要依赖于公共模式，而大多数国家使用的是混合市场，允许私人服务提供者提供长期照护服务。这些市场因竞争程度的不同而不同，如德国的合作主义模式和英美体系的竞争（Irish, Salamon and Simon, 2009）。

本章从理论和实证两个方面总结了成功推广私人部门参与长期照护行业的情况。由于中国正式养老服务的经验有限，本章概述了几个欧洲国家和亚洲国家在过去扩大私人服务提供者参与社会服务的经验；接着，介绍了中国的现状，并强调了成功的长期照护市场的最重要的元素；最后，对中国长期照护行业的发展提出了建议。

## 6.2 长期照护行业的发展

### 国际经验

各国之间长期照护市场的设计差异很大，经常在国家医疗卫生保健体系之下进行完善的。这里探讨的国际经验主要来自英国和德国，但也使用了一些来自亚洲的例子，包括日本、中国香港和韩国。所有这些国家和地区主要依赖于私人供给，政府充当监管机构和采购商的角色。在长期照护服务的融资手段方面存在这样的区别：德国、日本和韩国选择实施全民社会保险，而英国和中国香港则使用税款来资助长期照护部门。

1994年德国成为第一个建立强制性长期照护保险（LTCI）的国家。该系统基于消费者的选择模型，受益人可以选择家庭（现金或实物）或养老院养老支持。一般来说，居家养老优于养老院养老（并且受到消费者的青睐）。所有选择都设有受益金上限，使养老院养老的共同支付普遍达到50%（Rodrigues, Leichsenring and Winkelmann, 2014）。

日本的保险通常涵盖90%的费用，但是根据所评估的失能等级，受益金也相应设有上限。值得注意的是，大多数人实际使用的居家养老受益金约为其最高预算的40%—60%，这说明道德风险只是一个小问题（Tamiya et al., 2011）。2008年，在韩国实行长期照护保险之前就出现了供不应求和需求上涨的现象。除了穷人之外，有受益权的人必须共同支付20%的养老院养老服务费用和15%的居家养老费用（Won, 2013）。2008—2011年，符合资格的人数几乎翻了一番。与日本一样，长期照护保险的实施伴随着市场向营利性服务提供者的开放。然而，仍有一些地区缺乏足够的供应，人们接受替代的现金补助。

1993年，随着《社区服务法案照顾》的颁布，英国政府强制地方当局划分养老供给的委托人和服务提供者的角色。在引入个人预算之前，养老管理人员负责评估需求（如资格需要家计审查）并代表消费者购买服务。现在，消费者可以自己管理自己的预算，并以所谓直接付款的形式获得现金。以德国为例，推崇《社区养老法案》被认为是在用户选择方面的进步，但是也旨在控制成本并培育私人市场（Gash et al., 2013）。

非营利性和营利性公司的混合市场构成了中国香港的养老服务市场。非营利性组织获得直接转账，而营利性民营部门可以间接获得资金，因为它们的许多客户获得了公共援助（Wing-tak et al., 2009）。虽然后者的财政支持需要经过家计审查，但高额的养老院补贴（高达费用的80%—90%）人人有份，这促成了福利养老机构内老年人的高额占比。2011年，将近7%的65岁以上的老年人生活在福利养老机构（Chui, 2011）。

尽管制度和文化背景不同，但大多数国家的长期照护体系都面临着类似的问题。它们努力平衡日益增长的预算压力与广泛的可负担的优质养老服务。尽管一些国家和地区，如韩国和中国香港，仍在努力全面发展服务供应，但近期大多数的变革旨在削减成本（Gash et al., 2013；Rodrigues, Leichsenring and Winkelmann, 2014）。然而，由于降低了养老质量并造成该领域原本已经不太有利的工作条件的进一步恶化，这种变革经常受到批评（Sunwoo, 2012）。在这种背景下，许多国家和地区的政府一直遵循共同的趋势，试图建立预防措施、居家养老安排和民营部门服务供应。

## 中国的形势

近几十年来，中国的长期照护行业经历了重大转变。与西方国家一样，通常中国的老年人更喜欢待在自己家里，而不是搬进养老院。根据儒家孝道规范，家庭历来是中国养老服务的核心（Feng et al., 2011）。然而，由于这些传统逐渐衰落以及和社会环境的变化，家庭安排不再能够提供足够的保护，以防止增加老年人的发病率和护理需求。首先，中国的独生子女政策造成的低生育率减少了子女提供非正式养老服务的可能性。其次，随着中国的发展而出现的就业机会和工资的上涨，增加了提供非正式养老服务的机会成本；特别是，女性劳动力参与的提高减少了非正式养老安排（例如，Carmichael, Charles and Hulme, 2010）。再次，劳动力流动性的增加导致人们走向更加工业化的城市地区，离开农村并留下老年人（Giles, Wang and Zhao, 2010）。

鉴于这些变化，中国已经采取措施，鼓励为老年人提供更多的正式养老服务。20世纪90年代中期，改革分散了养老服务供给，社会福利机构的收入从纯公共资金转换为混合收入来源，包括收取用户费用（Feng et al., 2012）。公共养老供给主要限于为贫困老人提供食宿，但无法照顾在身体和精神上有严重残疾的人（Wu, Mao and Zhong, 2009）。随着权力不断下放和时间的推移，民营部门的比例稳步上升，养老院在养老市场获得了可喜的发展势头，尤其是在城市地区。根据中国政府发布的一份白皮书，截至2005年底，中国有近40000个社会机构为老年人提供广泛的服务（国务院新闻办公室，2005）。2012年，中国的养老院有390万张床位，平均每千名老年人有20.5张床位，

但仍然低于国际平均水平的一半 (Yanzhang, 2013)。

最近, 通过保险覆盖来提供社保似乎已经恢复了发展势头。2014年, 国务院发布了《关于加快发展现代保险服务业的若干意见》, 进一步强调了扩大老年人保险覆盖范围的必要性, 特别是在无法依靠家庭养老的情况下。根据国务院的意见, 到2020年, 以市场为导向的保险业应提供全面的保护, 并开发足够的长期照护产品。此外, 中央政府近期宣布, 中国的长期战略目标是将医疗服务和养老服务相结合, 作为“十三五”规划的一部分。

### 6.3 委托人—服务提供者关系的关键元素

不同国家的长期照护行业有不同的特点, 因为它们用不同的方式借鉴了新公共管理的理念。有些专家认为, 委托人—服务提供者的分离超出了合同、支付体系或服务提供者的竞争, 需要一个综合性的系统方法来充分发挥其潜力 (Busse et al., 2007)。因此, 政策制定者需要考虑一系列复杂的因素, 这些因素往往相互依存, 难以分清。最重要的几个方面总结如下。

#### 政府

不管长期照护行业的实际设计如何 (任务和职责如何分配), 政府仍然对系统的整体表现负责。政府的委托人身份被认为是最重要的功能, 因此是政府的头等要务 (Figueras, Robinson and Jakubowski, 2005; Travis et al., 2002)。管理可以被定义为“认真负责管理人民的福祉” (WHO, 2000, xiv)。在这个功能中, 政府制定政策指令, 并制定合适的实施框架。为确保长期照护服务行业运转良好, 政府可以依赖以下机制 (Figueras, Robinson and Jakubowski, 2005):

- 政府对基本服务进行界定, 将其提供给那些有需要的人。这样可以纳入效率标准, 并限制买家只购买高效的合约服务。例如, 德国和中国香港都明确规定居家养老优于养老院养老。同时, 也应为这些服务的质量和费用制定标准。此外, 国家医疗卫生计划可以包括战略规划, 以确保地方政府或其他委托机关提供充足的服务供给。为某一地区设置养老院床位的最低数量标准也有助于确保最低限度的公平。

- 鉴于长期照护体系的设计, 政府应确保采购的有效利用。可以通过提供规则和监督或直接参与委托过程的监管框架来实现。例如, 如果用保险基金采购, 政府可以作为董事会代表。即使是国家级别的委托, 专家也建议将委托机构和政府的管理职能分开 (Ovretveit, 1995)。

- 政府可以制定法规来增加透明度和公开信息。为了赋予消费者权利并促进市场活力, 信息必须通过系统和易于理解的方式公开。报告规则不必仅限于服务提供者, 也可以扩大到委托机构。朝着更加透明的制度方向努力, 可以防止不当行为并加强问责机制。

• 公平是一个重要的问题，直接关系到并不富裕的人获服务的机会以及养老服务的消费成本。在竞争激烈的环境中，有效获取服务通常由价格来决定。价格在某种形式上能反映生产成本，并取决于消费者的支付意愿。然而，就长期照护服务而言，由市场决定的价格和与支付能力密切相关的支付意愿通常被认为是不受社会欢迎的获取服务的机制。因此，政府可以通过监管来解决分配效应（Figueras, Robinson and Jakubowski, 2005）。为并不富裕的人提供机会可以通过兑换券、降低收费或直接的收入支持来实现。

在国际上，核心的政府职能各不相同，但一般来说，特定的政府机关受委托来确保长期照护服务的充足供应。例如，德国政府选择一个普遍的和强制性的长期照护保险，为每个公民提供平等的支持。《德国社会法典》（German Social Code）强力监管所有利益相关者之间的关系。该法典规定了疾病基金（详见有关委托人的章节）、州、市政府和服务提供者之间的合作，并且所有委托都是为了确保优质养老的充足供应。因此，疾病基金只可以与符合国家质量标准的服务提供者签订合同。这样的标准不仅规范设施的配备、人员培训和细目，而且还要求实施质量管理体系。为了确保长期照护服务的充足供应，国家和市级政府必须为当地养老需求制定计划，并且在需要更多服务时补贴认证机构。进一步的监管监测“卫生经费医疗服务”，这是一个疾病基金的联合实体，用于评估个人养老需求以及评估养老院和居家养老。在联邦和国家层面上，这一套复杂的规章制度应该确保优质养老服务的充足供应，并通过立法进行指导。由于保险的受益金有上限，对于负担不起服务的人，政府要求其近亲承担经济责任，但也会通过社会保障为其支付保险差额。一般来说，长期照护服务市场主要由合作而非竞争构成。由于养老服务的重要性日益增长，导致进一步制定某些法律来规范劳动力市场，并促进非正式养老服务以减少昂贵的正式服务。

在英国，卫生部与代表地方政府成人社会养老部门的重要机构——地方政府协会以及成人社会服务主任协会的主要机构合作，制定和实施政策。《医疗服务法案》赋予地方当局提升老年人“个人福祉”的责任。法律把福祉定义为一个整体概念，包括个人尊严、情感幸福以及防止虐待和被忽视。<sup>1</sup>《医疗服务法案》还强调整合、预防和信息的重要性。此外，地方当局有责任确保“服务市场的高效和有效运作，以满足养老和支持需求”。<sup>2</sup>因此，国家法律认为地方当局作为市场的做市商，必须与所有利益相关者合作。该法律提供了指导地方当局大多数行为的狭义框架，从而确保广泛获得长期照护服务。

在中国，监管框架仍处于早期阶段，目前没有全面的国民健康计划来规范正式长期照护保险并确保不太富裕的人群有接受服务的机会。但是，在中国有广泛的管理法规体系，即1996年通过的《中华人民共和国老年人权益保障法》，该法律于2012年进

1 § 1 Care Act 2014: [http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/pdfs/ukpga\\_20140023\\_en.pdf](http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/pdfs/ukpga_20140023_en.pdf).

2 § 5 (1) Care Act 2014.

行了修订。老年人（60岁以上）有“从国家和社会获得物质帮助的权利”，并且“保障老年人合法权益是全社会的共同责任”。

进入新千年，中国中央政府发布了《关于加快实现社会福利社会化的意见》，进一步促进私人部门在长期照护领域的投资。为了规范公共服务的采购，2002年《中华人民共和国政府采购法》规定了通过非政府机构采购的框架。该法概括了若干对服务提供者的最低要求，并允许使用商业采购中介代表政府执行采购活动。按照新公共管理的理念，采购过程应遵守“公开透明、公平竞争、公正诚信的基本原则”。无论何种采购方法，法律要求监测服务提供者的表现，当采购项目非常复杂时，必须外包给专业认证机构。对这些委托服务的质量和数量进行评估的结果应该能够公开获取，并对预算决策产生影响（NDRC, 2015）。

为了解决养老服务面临的挑战，2006年中央政府颁布了《关于加快发展服务养老行业的意见》，出台了多种措施以提升中国老年人的生活水平。为了扩大长期照护服务的供应，政府通过购买服务、提供资金和合作来支持非营利性部门和民营部门。此外，2011年中央政府发布了《中国老龄事业发展“十二五”规划》，承认有必要采取行动，因为老年人的养老服务供给仍然不足且缺乏适当的养老管理，导致中国老年人生活条件不理想。中央政府宣布建立应对老年人需求的战略框架，并实施中长期计划，在健康和财政方面对老年人进行支持。在长期照护方面，政府做出了强有力的承诺，通过提供居家和社区养老服务，扩大全国的服务网络至每1000位老人拥有30张床位等措施来改善老人的情况。五年计划还促进了监管框架的扩大，加强了对部门和非政府组织供给的监管。

## 委托人

由于政府负责确保提供社会服务，但本身不提供服务，因此它委托代理机构与民营部门签订合同以提供充足的供应。如果养老服务是社会保障制度的一部分，委托人通常会作为购买者，直接为有需求的人购买服务。由于个人需求的多样性，地方采购的好处是考虑地区差异，以更好地满足人们的需求。然而，地方采购存在着一个下限：购买代理太小，无法达到足够的规模经济，缺乏专业性。如果购买者的覆盖范围有限，固定成本更高（即养老院）的服务竞争将受到限制。地方管理层也可能缺乏与专业民营服务提供者谈判有利合同的能力（BLöchliger, 2008）。例如，在芬兰的医疗卫生保健体系中，市级政府的购买只针对为少于1000个居民负责的代理机构，后来是通过国家对小城市之间的合并进行奖励，问题才得以解决（Tynkkynen, Keskimäki and Lehto, 2013）。

在英国的税收体系中，地方当局获得一定数额的资金，并且可以自由决定预算的使用。然而，国家会指导养老院和居家养老的收费标准，以及长期照护人员的最低资格标准。资格需要经过家计审查，50%在养老院养老的人依然需要自费（Rodrigues, Leichsenring and Winkelmann, 2014）。尽管引入了现金福利来促进用户选择，地方政府仍然是占主导地位的购买者。它们选择优选服务提供者的做法考虑到了规模经济和更

低的运输成本，能给服务提供者带来更多的安全感，但同时也限制了新的服务提供者进入市场（Baxter, Glendinning and Greener, 2011; Rodrigues, Leichsenring and Winkelmann, 2014）。

在英国，用户选择模式的崛起导致医疗体系中委托人本身逐渐减少采购服务，但是确保人们获取可负担的优质养老服务的机会。对养老服务市场供应方的监管往往在地方一级进行，因此不仅在国家之间会有不同，在同一个国家内也会有所不同。德国实施了一个更为复杂的用户选择模型，其中包括委托疾病基金之间的需求竞争。人们可以在100多个基金中自由选择强制性长期照护保险，这些基金通常与普通医疗保险选择相关。然而，真正的差异只存在于医疗保健计划之中，鼓励人们更换保险公司。保险基金在高度管制的环境下发挥作用，而事实上竞争并不强。法律不仅规定了保费金额，而且还规定了长期照护保险的权利和支出。由于德国是基于消费者的选择模式，资金的实际委托大多局限于和服务提供者的集体价格谈判。因此，需求方竞争的缺乏并不一定降低采购绩效（Busse et al., 2007）。此外，根据当地的养老计划，如果有服务需求，市政府会给服务提供者提供补贴。

即使只有一个采购机构，各国的制度也会有所不同，因为主管机关可以对不同的垂直级别的机构（地方、区域、国家）产生影响。一般而言，国家层面的采购更加公平，而地方决策往往倾向于提高响应速度和灵活性（Figueras, Robinson and Jakubowski, 2005）。在日本的长期照护保险制度中，市政府为人们投保，因此该系统中只在供应方面存在竞争。然而，不同市政府之间的保费差异很大。鉴于保险公司也会评估资格，一些实证研究提出经济困难的市政府提供长期照护福利的机会更少（Shimizutani, 2013）。

中国的公共服务委托正在增长，并且已经被各级政府所采用。从大城市的市区开始，新公共管理的理念已逐渐被广大农村和小地方的政府所采用。《中华人民共和国采购法》为委托机构提供了主要指导方针，并对各级国家机关、事业单位和团体组织的各类公共采购进行监管。《国务院关于政府向社会力量购买服务的指导意见》将委托机构定义为“各级行政机关和参照公务员法管理、具有行政管理职能的事业单位”。如有需要，这些机构应当代理服务并受中央政府的支持。例如，在安徽，政府委托发生在几个层级上，从省级到市级（NDRC, 2015）。上海有三个层级的政府委托，包括直辖市、18个区和地方（农村）区域的街道（乡）（Jing Chen, 2012）。

虽然基数小，但是居家长期照护和地方政府委托的社区公共医疗服务正在增加。政府通常委托社会组织提供服务，以确保足够的服务能力。即使地方政府主要负责资助长期照护服务，但它们也可以设立非营利性采购中介机构或委托认证的商业采购中介机构代为采购（Standing Committee, 2002）。

随着地方政府负责越来越多的社会服务，为委托提供适当的资金仍然是一个问题。由于缺乏法律和制度上的支持，社会服务的资金仍然是不确定的，往往根据具体情况来决定。普遍较低的预算几乎没有给地方政府扩大社会服务供应留下什么施展空间（NDRC, 2015）。

地方政府几乎没有委托社会服务方面的经验。它们往往缺乏适当的培训，也没有足够的人员来确保服务提供者的竞争（Jing and Chen, 2012; Teets and Jagusztyń, 2013）。需要对服务提供者的表现以及对合同的遵守进行监测并使用适当的指标。在社会服务领域，仍然缺乏标准化采购程序，绩效考核也依然有限（NDRC, 2015）。

### 合同和竞争

委托机构通过合同确保政府议程付诸实施，服务提供者至少在一定程度上符合公众利益。医疗卫生部门有两种主要的合同类型：合同可以规范服务提供者如何进入市场，还可以调节财政资源如何用于管理长期照护服务供应（Figueras, Robinson and Jakubowski, 2005）。市场准入合同普遍存在于大多数国家的医疗卫生部门，包括许可证、认证、质量标准和规划程序。尤其是对于用户选择模式，服务提供者需要满足一定的质量标准，并提供信息以使用户做出选择。此外，消费者的选择可能会受到服务提供者的限制，特别是在供不应求的时候。服务提供者拒绝某些消费者的权利和能力可能会导致“刮脂效应”，因为它优先考虑经济上有吸引力的申请人。这种做法与公众为老年人提供服务的委托不相符，因此经常被合同条款明确禁止。

当市场机制无法激励最佳的服务提供者行为时，就需要合同。由于各种服务的市场特性不同，因此有必要分别对它们进行讨论。有效合同框架的重要性是它可以区分居家养老和养老院养老市场，也可以区分农村和城市地区。一般来说，建立居家养老服务需要的投资很少，消费者也可以相对容易地更换服务提供者，这使得这些市场往往更具有竞争性。在许多国家，市场准入资格只要求达到最低标准，所以居家养老市场通常竞争更加激烈，需要的监管也更少。相比之下，养老院的基础设施所需的投资很大，委托人往往将市场准入合同和流程合同（process contract）相结合来限制市场准入（Meagher and Szebehely, 2013）。这样的规划可以帮助避免出现产能过剩情况，降低风险，并开发规模经济。在这种情况下，服务提供者之间的竞争可能只发生在投标过程中，而不可能发生在用户市场。根据确定的标准（如价格），公司通过市场投标竞争，例如，某一区域和某一时间内的居家护理市场。如果服务提供者的表现不能令人满意（如质量不好），那么在下一轮竞争中其对手将获得合同（Blöchliger, 2008）。在区域差异方面，城市地区的人口密度高，新的服务提供者的市场竞争比人口稀少的农村地区更加激烈。在交通基础设施良好的大城市，消费者可以很容易地更换服务提供者，因为这样做产生的额外的运输成本相对较低。而在农村地区，这种情况是不太可能发生的，因为另外一家服务提供者可能距离非常远（Busse et al., 2007）。

在德国，保险基金以现金或实物形式提供分级福利，虽然受助人使用现金福利可以不受任何监管，但是实物服务的类型和价格是谈判的结果。在每一个联邦州，长期照护服务提供者、疾病基金和卫生基金医疗服务共同协商，促成所谓的框架合同。有需求又符合条件的人可以自由选择这些协议中的服务提供者，从而与保险基金签订合同。居家养老服务只存在于以特定价格提供特定服务的标准服务内。例如，需要个人



护理的人可以使用他们的预算购买“晨间小服务”（包括穿衣、清洗和刷牙），但也可以购买烹饪或购物服务。这种合同框架禁止过度定价，并激励服务提供者在质量方面进行竞争。此外，服务的广泛选择允许个人根据需求来调整服务，并且提供服务该有的明确信息。然而，这种采购体系无法给创新的服务理念留出空间，因为它们必须经历一个漫长的官僚化过程才能成为标准服务的一部分。对于养老院来说，市场准入合同设置了最低标准，让服务提供者按照合同要求确保达到服务质量的最低标准。这些合同不仅规定了设备的配置，还规定了员工的培训。然而，市政府根据当地需求来决定对养老院的需求。只有在需要更多的床位来确保充分覆盖当地居民需求的情况下，新的养老院养老服务才能获得公共补贴——这是一个倾向于避免为任何不必要的养老服务供应提供公共资金的规定。此外，在框架合同谈判中没有达成协议且直接对客户进行收费的长期照护保险范围之外的服务提供者一般无法获得政府的补贴。

在英国，地方政府提供的个人预算是由个人养老需求和个人收入决定的，而各地的个人预算各不相同。此预算可以用来（通过客户经理或用户直接付款）购买与符合条件的需求相关的服务。地方政府和当地服务提供者讨价还价，以确定服务提供者能够提供且被个人预算覆盖的服务类型（Comas-Herrera et al., 2010）。委托基于多个目标，包括降低成本、提高质量、整合医疗保健、授权用户、确保国家标准以及促进地方试验。它不仅涉及地方政府委托人和独立服务提供者之间的合作，而且还包括不同公共机构之间的合作，以确保医疗服务和社会服务的一体化。对于服务提供商来说，地方当局往往才是最重要的客户，因此地方当局有相当大的市场力量来引导降低收费。地方政府放弃了现货合同（即根据需求购买个人养老服务），以一揽子协议（在一定时期内，为特定人口购买服务保险项目）取而代之（Lewis and West, 2013）。一揽子协议为服务提供者提供更多的安全感，因此可以促进投资和员工培训（Baxter, Glendinning and Greener, 2011），同时也可以为养老服务市场内部的创新提供一些激励空间。然而，向一揽子协议的过渡主要反映了地方政府日益增长的预算压力，因为这些合同的单价往往比较低。这种做法备受批评，因为它减少了用户的选择，同时也降低了养老服务的质量（Gash et al., 2013; Rodrigues, Leichsenring and Winkelmann, 2014）。最近一项研究支持了这一观点，该研究发现竞争激烈的市场会导致英国养老院的养老服务质量降低（Forder and Allan, 2014）。

在中国香港，政府通过多种渠道为私人企业的长期照护服务提供大量资金。这些服务包括由社会福利署密切监测的养老院及居家养老服务。在养老院养老服务市场，非政府组织得到的支持最多，因为政府以很低的租金为它们提供场地，帮它们承担建造和配置的资金成本，以及员工的运营成本。为了减少有需求人士的等待名单，政府还从民营部门购买服务，从而降低了用户的费用。更多增加服务量和优质服务的努力导致补贴型养老院经营的竞争性投标（Wing-tak et al., 2009）。

中国的政府机构必须通过《中华人民共和国政府采购法》（以下简称《采购法》）规定的方法来委托或采购货物、工程或服务。如果项目超过一定的数量，采购应依照

公开招标的方法，除非特殊情况不允许这样做（例如，服务合同的私人部门竞争太少或需要紧急服务的紧急情况）。在这些情况下，政府可以通过招标、竞争性谈判、单一来源采购、询价以及国务院授权的其他方式签订合同。例如，在湖北省，委托机构必须公开宣布招标内容、对服务提供者的要求以及性能评估方法。这种采购方式应当确保竞争和公共资金的有效利用（NDRC, 2015）。

然而，在实践中，该法律并没有被社会服务领域普遍采用，公共委托往往仍然缺乏服务提供者的竞争。其中一个问题是《采购法》规定的详细服务项目目录不完整。2010年，《中华人民共和国政府采购法实施条例》强调，《采购法》是指集中采购目录下的各类服务。然而，该目录在社会服务的背景下特别模糊，缺乏规范的程序，导致《采购法》的应用不充分。因此，长期的服务合同，如长期照护合同，往往以非竞争的方式获得公共资金。一些社会组织接受来自公众的预算，为当地人提供服务。这种安排没有固定的期限，如果没有出现重大服务问题，就会继续下去（NDRC, 2015）。除了这种直接委托，地方政府还利用补贴作为间接方式来扩大市场提供的社会服务。补贴主要是通过供应方进入市场，服务提供者提供的每个服务都会获得固定金额的资金。利用公共资金，通过减税和补贴来鼓励民营部门，已经成为增加长期照护行业服务能力的一种最普遍的方式。例如，在南京，当地政府为每张新建床位提供2000—4000元的支持，并且每个月为每张床位提供大约80元的运营补贴。然而，能力建设的付出很少受到监管，于是对公共资金的效率和服务质量提出了一些质疑（Feng et al., 2011）。在需求方面，在某些情况下，消费者可以收到用于购买社会服务的兑换券。这两种间接方法并不能保证优质养老服务的充分覆盖，但它们确实降低了有效的市场价格，从而促进了使用率。

当市场机制和推广营利性服务的服务提供者与当地固有的做法或政治利益冲突时，就会产生其他问题。例如，如果地方政府向公共福利机构拨出大笔资金，以改善养老服务的质量，便会造成民营服务提供者的不公平竞争。当无法提供类似的服务质量或收取比享有公共补贴的竞争对手更高的价格时，民营机构便无法在市场环境下生存（Wu, Mao and Zhong, 2009）。在其他情况下，非营利性企业与地方政府关系密切，公私之间的划分并不总是那么明确（更多信息请参阅以下“服务供应商”部分的内容）。这通常会导导致一种情况，即地方政府为其下属机构创造垄断，从而抑制服务提供者的竞争（Jing and Chen, 2012）。此外，许多民营企业选择不营利，以获得税收优惠。而地方政府是这些税收的受益者，并负责审批这些公司的建设用地。因此，一些民营企业无法建设设施，因为地方政府倾向于“等待”营利性企业（Feng et al., 2012）。

上海市的一项关于竞争性合同的案例研究发现，当地的做法偏离了创造竞争环境的国家议程（Jing and Chen, 2012）。2009年，上海市民政局正式通过了竞争性招标程序，包括正式的采购要求，如审批投标报价、至少收到三份投标建议书、外部评价以及随机监测执行情况。选择标准还包括组织能力、实施计划、项目管理能力和投标价格。然而，在实践中，由于以下几个原因，正式的竞争程序并没有带来预期的结果。首先，

地方政府敦促不感兴趣的服务提供者提交方案，以满足三份投标建议书的最低要求。其次，政府和非营利性机构没有能力或缺乏知识来维持竞争性投标。例如，非营利性管理人员无法给出一个建议，因为这份提案的描述不明确或不知道如何正确地规划项目。再次，附属于委托方地方政府的非营利性组织有明显优势，并获得中标的资金和信息。因此，竞争仍然有限，而且在大多数情况下，现有的当地的非营利性组织会赢得合同。总体而言，平均成本降低率是6%。公开报价的最高资金在公共和实际签约资金的差距介于36%和0%之间。近40%的项目显示，成本降低不到1%（Jing and Chen, 2012）。

### 服务提供者

作为提高效率的机制，服务提供者之间的竞争是新公共管理的一个关键因素。与委托任务（采购）分离，服务提供者根据合同来提供所需的长期照护服务。在许多国家，开放市场吸引了更多的营利性民营企业在价格或服务质量方面竞争（取决于国家）。一般来说，有些研究表明民营企业比国有企业更为有效，因为它们有更灵活的劳动关系和更宽松的组织规则，而且往往会发现更多适应消费者需求的创新服务（Farsi and Filippini, 2004）。然而，短期影响似乎比长期影响更大。此外，提高效率的最重要原因应该归因于竞争环境，而不是私人供给的高效率（Blöchliger, 2008）。

市场的组成取决于监管，并且国家之间各有不同，居家和养老院服务之间也各不相同。虽然一些国家的公共部门仍然直接提供服务，但是其他市场只依赖于私人部门供给。直到最近，许多国家才不再禁止私人营利性企业提供长期照护服务，但有些国家依然禁止。政府担心营利与质量信息不对称可能减少效率收益，并对消费者产生不利影响（Blöchliger, 2008）。

以德国为例，服务提供者的竞争大多发生在质量层面，因为价格是联合谈判的结果，服务提供者之间的价格差异不大。传统上，大型非营利性组织是长期照护服务市场的主要参与者，与营利性组织相比，它们仍然能够获得一些好处。非营利性服务提供者可以接受捐赠，获得税收减免，并获得更高的公共补贴（Rodrigues, Leichsenring and Winkelmann, 2014）。然而，长期照护保险的市场化导致服务提供者的结构在过去20年间急剧变化。私人营利性组织从现有的非营利性公益组织那里获得了较大的市场份额（Theobald, 2012）。2013年，64%的居家养老服务企业以营利为目的，而养老院的盈利占比为42%（Statistisches Bundesamt, 2013）。值得注意的是，与营利性机构竞争的加剧也迫使非营利性机构更具成本意识（Augurzky and Mennicken, 2011）。

在英国，长期照护市场也发生了重大变化。与1992年2%的居家养老相比，目前约3/4的居家养老和养老院养老服务提供者是私人营利性企业（Baxter et al., 2011）。然而，这两个市场的集中程度不同，因为不同于居家养老行业的多样性，养老院养老服务由少数大型企业主导（一些由私募股权公司拥有）（Knapp et al., 2001）。

在中国香港，社会福利署的大量公共资金塑造了长期照护服务市场。非政府组织

收到政府的直接补贴，而私人营利性服务提供者受益于公众对消费者的援助。虽然非营利性养老院的低接待能力导致营利性养老院的 market 占比超过 50%，但是居家养老仍然由非营利性部门主导（Chui, 2011）。

日本的服务提供者包括公共和私人营利性或非营利性企业，以及半公益组织（Shimizutani, 2013）。所有的服务提供者都由市政府授权和监管，价格由法规进行规定。然而，不允许营利性企业经营养老机构。政府几乎没有扩大养老院的服务容量的能力，这些机构的床位通常有长长的等待名单。与此相反，随着营利性组织的进入，居家养老已经扩大，民营部门在确保广泛使用长期照护服务方面发挥了越来越重要的作用。因此，向营利性公司开放养老院市场目前正在讨论当中，但其结果取决于能够确保优质养老院养老服务的执行措施的有效性（Shimizutani, 2013）。

为了避免“无服务保险”，韩国已经允许营利性企业提供养老院养老服务（Seok, 2010）。因此，在推出长期照护保险后的几年内，养老机构的数量大幅增加，民营部门提供的服务约占总服务量的 2/3。在此期间，医护员工数量增加了大约八倍（Sunwoo, 2012）。然而，供应量的大幅增加不能完全归因于市场力量，因为 2008 年政府在实际执行之前设置了一个培训员工的准备阶段，并为能力建设提供资金（Rhee, Done and Anderson, 2015）。

尽管政府依然直接参与服务供应，但是从 20 世纪 70 年代末开始，中国已经开始进行委托（Jing and Chen, 2012）。2002—2004 年，政府已经将总服务开支的 1/3 外包（Jing, 2008）。在实践中，社会服务大多是从非营利性组织购买，这些组织需要达到一定的标准。在广东省，如果想获得提供服务的资格，必须具备“承接政府职能转移和购买服务资质的社会组织目录”的一系列要求，其中包括合法注册、专业管理和财务结构、优质员工和设备，并服从监管。如果社会组织不符合规定，它们也可以获得补贴，用来发展组织结构（NDRC, 2015）。

中国的服务提供者的结构复杂，有时很难明确划分上市企业和民营企业之间的界限。《采购法》没有指定任何组织类型的服务提供者，因此所有公司都可以提供社会服务。一般来说，长期照护服务提供者可以分为四个部门：政府部门、营利性部门、非营利性部门和非正规部门（Johnson, 1999）。在中国，分类没那么简单，因为有很多混合组织，而且其官方的法律地位在实际操作中可能会有所不同。例如，南京的一项研究发现，所有的非政府养老院都被注册为非营利性质，但是由于缺乏透明度和监管，对那些企业内部或外部的资本流动进行监控变得十分困难，而且尚不清楚其真实的财务状况（Feng et al., 2011）。根据民政部的统计，2007 年非营利性企业的注册超过 350000 家，但许多非营利性机构是部分国有且只能半自主经营。<sup>1</sup> 为了维持政府的监管，中国的非营利性组织受到高度管制。机构必须在当地政府进行登记，并要求政府官员

---

<sup>1</sup> <http://www.chinabusinessreview.com/setting-up-international-nonprofit-organizations-in-china/>

参与管理和监督日常活动（Jing and Chen, 2012; Wong and Jun, 2006）。尽管有这样的规定，但是仍然有大量非授权的非政府组织为老年人提供服务（He, 2013）。

一项关于广州、上海和天津的养老院的研究确定了五种不同类型的正式服务提供者：个人经营、股东经营、社区经营、企业经营和合资经营的机构。个人经营和股东经营机构是私人组织，其所有者结构不同。在调查中，1/3的机构由单个企业家或投资者运营（个人经营）。虽然社区养老院由政府资助，并经常由地方政府经营，但是企业经营养老院由国有企业管理和资助。这些合资企业是混合机构组织，可能是个人投资者和地方政府的合作（Wong and Jun, 2006）。

### 消费者

近年来，大多数国家在长期照护方面逐渐增加了消费者的选择。与公共机构为消费者购买服务（通常基于地理邻近或与某些服务提供者之间预先确定的合同）不同，允许消费者选择服务提供者和服务有几个优点。首先，消费者最了解哪些服务最有利于有需要的人。接受养老服务的个人情况由多种因素决定，如日常生活活动能力限制、住房环境、非正式养老资源和个人喜好等，所以养老管理者购买的标准养老服务可能并不适合。其次，为有需要的人提供选择存在一个内在的价值，因为自我决定和自主权与较高的用户满意度相关（Rodrigues, Leichsenring and Winkelmann, 2014）。再次，如果消费者能够选择，那么他们可以通过更换新的服务提供者来表达不满。这种市场机制激励服务提供者提供优质服务并促进竞争。此外，市场越来越能够响应消费者的需求，并增加创新潜力。新技术的引进（如远程养老的发展）可以提高消费者的利用率，从而允许服务提供者利用自身优势超过其竞争对手。

然而，并非所有的老年人都想要或能够做出自己的选择。以英国为例，大多数消费者交给第三方管理他们的预算，这种现象可能与选择权也存在某些风险相关。因为长期照护的决定很可能出于情绪压力或社会压力，或是为未来做准备，所以人们很容易做出非理性的且非最优的判断（例如，Kahneman, Knetsch and Thaler, 1991）。此外，太多的选择会导致消费者没有效率（Schwartz, 2014），而且做出一个有根据的选择需要时间和信息，从而带来较高的交易成本。这可能为受过高等教育、高收入和高社会地位的人带来优势，因为他们往往会做出更好的选择，但却引起了对公平的担忧（Glendinning, 2008; Greve, 2009）。

在德国，消费者可以选择所有符合最低标准的正规服务提供者，并与疾病基金签订框架合同。为了支持了解情况的消费者选择居家养老和养老院养老服务提供者，该基金通过联合网站提供质量评估和用户推荐。该网站提供居家养老服务和养老院养老服务搜索引擎，并显示之前的消费评级。

为了改善英国消费者的选择，个人预算可供所有新增需求且符合资格的人们使用。人们有三种选择来使用预算：（1）自己管理预算资金，直接付款购买服务；（2）让地方政府购买养老服务；（3）让第三方代表老年人购买服务。消费者可以使用直接付

款的方式正式聘请非正式养老人员（不包括最亲密的亲属）或自己向服务提供者购买服务（Baxter, Glendinning and Greener, 2011）。养老院养老服务目前被排除在直接付款之外，但正在讨论在未来将其纳入进去（Age UK, 2015）。2013年，只有一小部分（8%）的老年人选择直接付款，这意味着很少有人愿意自主管理自己的个人预算。然而，2008—2014年这个比例翻了一番（Health & Social Care Information Centre, 2014; Rodrigues, Leichsenring and Winkelmann, 2014）。鉴于很少使用直接付款以及对于公平问题的普遍担忧，引入更多的消费者灵活性和开放市场早已因为没给老年人带来什么好处而备受批评（Glendinning, 2008）。

在日本，需要帮助的老年人只得到实物福利，没有现金选择。从理论上讲，消费者可以自由选择机构和居家服务，但在现实中，养老计划往往由养老管理者制定。这些获得认证的专业人士设计针对残疾水平、个人生活环境和家庭背景的养老计划。养老管理者负责个人的整个计划并监测养老过程，以作出任何必要的调整。养老管理者的主要目的是安排不同服务提供者的养老服务最佳组合，以尽可能地延长独立生活的时间（Matsuda and Yamamoto, 2001; Tsutsui and Muramatsu, 2007）。

目前，中国的正式长期照护服务仍然有限，而且主要是自费支付。因此，在中国许多地区，缺乏养老服务的普遍可及性仍然是一个重要的问题。然而，直到最近，非正式养老仍然是失能老人的主要支持来源，养老机构在过去30年才慢慢出现。例如，1980年南京只有三家养老机构。虽然各地区的覆盖范围差异很大，但一般来说，使用居家养老服务仍然很难，而且大多局限于更富裕的家庭。

农村地区的正式养老支持仍然特别有限：根据浙江省2012年的一项调查，需要正式养老服务的农村老人中只有不到6%获得正式养老服务，而城市地区的这一比例是农村地区的六倍多（37%）（Li et al., 2013）。城市地区经历了养老院养老行业的高速发展，2000—2009年南京市政府努力建设服务容量，机构床位数量翻了一倍（Feng et al., 2011）。然而，重点主要是服务容量建设，并且由于缺乏国家的监管框架和监督，养老服务的质量往往很低，因为最低标准没有得到适当的执行。这种缺乏服务多样性的问题在“十二五”规划中得到了解决。“十二五”规划提出，在三级养老体系里构造服务供应的新型养老系统。老年人的养老应以居家养老为主，这更符合文化规范，而且老年人也更愿意留在自己家里。作为最后一层支持，这种居家养老应该得到社区服务和机构养老的支持（Feng et al., 2012）。

即使政府没有给大多数需要养老服务的人直接提供资金，但是供应方的补贴依然被用来扩大获取服务的机会和降低用户的费用。直接转移支付只适用于没有家庭、资产和工作能力的贫困老人。这些所谓的“三无老人”大约占60岁以上人口的3.5%，他们得到政府的特殊保护，政府为他们提供涵盖食物、衣物、住房、医疗费和丧葬费的“五保”（State Council Information Office, 2005）。政府为农村地区的“三无老人”提供养老服务，2004年约50%的老年人被送进了养老院。尽管过去几年对福利机构的接受度变得更加开放，但是“三无老人”群体以外的贫困老人获得服务的机会仍然非常有

限。然而，如果情况发展到严峻的状况，老年痴呆患者或有功能依赖的老年人要么不被这些机构接受，要么会被安排出院（Wu, Mao and Zhong, 2009）。这种做法部分是由于资金有限，但也涉及缺乏合格的专业劳动力的问题（Feng et al., 2012）。

## 6.4 对中国的启示

鉴于有需求的人口数量不断增加，中国的长期照护行业正面临着巨大的挑战，需要中央政府、地方政府、服务提供者和家庭之间的共同努力和合作。设计一个全面的全国长期照护体系将有助于改善大量失能老人的情况。一个成功的方法将为大量老年人提供优质的养老服务，确保不那么富裕的老年人也有获得服务的机会，并将费用保持在可接受的水平。

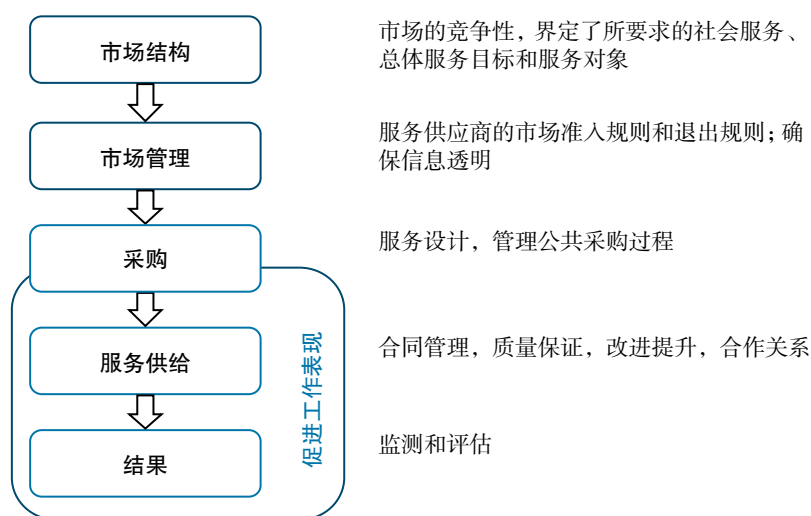
中国可以从有关先进的服务委托的文献和其他国家的实践中获得经验，同时根据自己独特的文化和社会背景进行调整并且从中获益。按照国际趋势和新公共管理方法，高效的服务供应将取决于一个透明灵活的服务市场的成功实施。市场设计必须奖励优秀的服务提供者，并允许它们成长，而糟糕的服务提供者必须为其业绩不佳负责，并最终退出市场。然而，在长期照护方面，这些重要的市场机制必须在一个监管框架内发挥作用，并需要政府监督和充足的资金，以确保充分供应优质养老服务。

正如前文中有关政府那一节的描述，国家战略要求各级政府参与系统，而不是加以控制，以促进民营部门的参与，并确保消费者的福祉。现有的资料表明，在许多情况下，目前的国家行为仍然阻碍了民营部门服务供应的扩张或者没有做到履行监管监督和质量保证责任（Feng et al., 2012; Jing and Chen, 2012; Wu et al., 2009）。中央政府应扩大其作为管理者的作用，建立一个全面的长期照护系统，并实施有效的执行措施。一个有效市场的发展需要几个阶段，如图6.1所述：

### 市场结构

市场结构的设计是政府的核心任务，需要对长期照护市场的总体政策目标和实现这些目标所需的一般市场结构进行讨论。正如在2011年《中国老龄事业发展“十二五”规划》里强调的那样，政府的目标是“建立应对人口老龄化战略体系基本框架，制定实施老龄事业中长期发展规划”，提供城市和农村地区“基本养老保障的全民覆盖”。更具体地说，长期照护应该侧重于以家庭为基础的服务，促进家庭参与和自愿参与。政府还计划在未来五年内，将养老机构的床位增加342万张。为了实现这些目标，民营部门可能受到优惠政策的激励。此外，政府将“制定有关政府为有特殊需求的老年人购买服务的政策”。虽然这些规定为长期照护行业提供了一个广泛的框架和普遍遵循的国际发展方向，但很少强调用户选择，并且公共资金主要提供给市场的供应方。

图6.1 基于Gash等(2013)的委托结构



## 市场管理

在此背景下，中央政府需要执行市场管理来确保达到这些目标。迄今为止，现实仍然落后于期望。例如，尽管居家养老受到重视，但大多数财政资源还是被用于提高养老院的服务容量（Feng et al., 2012）。此外，公共资金分配给服务提供者的方式往往缺乏竞争，许多私人服务提供者面临着与资金充足的国有服务提供者的不平等竞争（Wu, Mao and Zhong, 2009）。这些问题都与缺乏足够的政府监督和不明确的责任相关，影响和阻碍了民营部门的表现。

良好的管理是具有挑战性的，需要有一系列特定的能力，其中包括了解政策环境和市场动态以及金融和业务知识。有效的监督还需要政府的高度专业化，以管理各利益相关者之间复杂的相互作用。在一个成功的长期照护市场中，公共部门委托非政府服务提供者为老年人提供广泛的服务，取决于从中央到地方专业的政府活动过程中的每一个环节。政府需要认识到这一挑战，并在所有参与的公共机构中促进职责和任务的改变。委托机构应该具有专业性，而且负责人需要接受充分的培训（Gash et al., 2013）。例如，英国成立了一个委托学院，其目的是培训那些致力于定义政策、塑造公共服务提供或为市民分配服务资源的政府雇员。

由于监管部门需要清楚了解市场及所有相关方，政府应实施收集有关养老需求统计资料的信息系统，并确保各地区的资料收集一致。在资金的分配和适当的能力规划方面，政府不仅需要了解当前的需求，而且还应预测未来的发展。政府还应该与所有的利益相关者（如用户、各类服务提供者以及地方政府）一起，加深对市场的了解，并将不同的观点纳入决策，因为监督需要了解养老需求和养老供应方两方面的知识（Gash et al., 2013）。



政府也应该通过为消费者提供充分的、有关服务品质和价格的信息，以帮助消费者做出合理的决策，从而使消费者有选择的机会。像德国、英国和美国等国家已经建立了支持老年人及其家庭成员寻找合适的服务提供者的评级网站，帮助老年人及其家人找到合适的服务提供者。如果有不同的选择，这样的评价系统能够使消费者通过选择最佳服务提供者来行使重要的市场功能。特别是在居家养老市场，经验表明“用脚投票”的消费者可以积极地影响服务质量。最终，社会服务供给的目标是增加消费者的福祉，所以消费者本身应该被视为成功市场的重要组成部分。

社会服务供应和公共监督失灵往往与不同主体之间缺乏问责和权责不清有关，因此中央政府需要明确分配角色和构建公共机构。一个设计良好的问责制还包括监督和执行。英国的《社区服务法案》委托地方政府来确保一个有效的养老市场。这种职责分权为创新提供了一些空间，地方政府有机会与服务提供者合作来形成新的解决方案，如果成功的话，就可以扩大规模。

根据当地需求，向委托单位提供足够的资金。委托人或服务提供者过度的预算压力通常会导致服务性能的恶化，并且会减少用户的选择（Gash et al., 2013）。实施某种家计审查是减少预算压力的一种方法，这样可以使用较少的公共资金，为人们提供更好的支付能力。以中国香港为例，如果公共补贴给服务提供者（而不是消费者），这可能会更难实现（Chui, 2011）。

即使市场机制最终会排挤掉那些差的服务提供者，但是确保服务用户的健康和尊严的控制机制也是必要的。本书通过回顾梳理发现，几乎所有养老体系都依靠某种形式的认证或许可来确保最低水平的质量。为了确保长期承诺，中立机构应当监测服务提供者并向政府报告不当行为。然而，对小服务提供者的监测工作应该恰当且不太昂贵（Irish, Salamon and Simon, 2009）。

## 采购

为了保证机会平等，采购行为应限制在国家层次，以指导地方采购活动（NDRC, 2015）。虽然《中华人民共和国政府采购法》管理长期照护服务的采购，但现有的立法比较模糊，提供的框架不足，也没有得到适当的执行。为了公共采购的可持续发展，需要一个适当的法律框架、透明且适当执行的规则，以确保最佳候选人能够给出最好的报价。委托单位需要提供足够的信息，并增加与服务提供者的沟通来消除信息的不对称。提高流程效率需要对采购项目双方有一个清晰的了解，同时确保优质服务提供者的服务性能。此外，服务合同应包括激励安排，从而鼓励成本节约、效率和效益（Irish, Salamon and Simon, 2009）。

如果中国政府想提高服务质量，应该摆脱基于床位建设和运营补贴的普遍采购做法（NDRC, 2015）。此外，公共采购往往过于注重价格，而非质量。特别是在长期照护方面，监测服务质量是很困难的。然而，如果合同只授予最低投标人，则通常与质量底线竞争有关。好的委托可以促进创新，通过影响服务提供者来达到更佳的整体效

果 (Gash et al., 2013)。对长期照护系统的梳理回顾表明, 委托人会利用多种途径, 将公共资金转给服务提供者。特别是, 中国正在持续努力扩大医疗保险覆盖的人群, 如委托人在养老院内部建立促进服务和预防一体化的激励机制。来自美国的一个例子表明, 这样的服务在自由市场往往还不够发达, 但却可以为老年人带来更健康的身体, 并降低医疗卫生部门的成本 (Grabowski et al., 2015)。

## 服务供应

对于政府来说, 由于政府将优质服务的责任与实际供应分开, 故而非国有企业委托服务供应的做法将会承担一定的风险, 所以确保企业具备必要的能力就显得十分重要。这种固有的委托代理问题常常通过合同和竞争解决, 在一些国家 (如德国), 实行与私人服务提供者合作的模式, 建立信任关系。尤其是, 非营利性组织通常不想寻租, 与地方政府有着共同的目标。然而, 在许多非营利性企业的日常管理中, 政府强有力的介入阻碍了公开投标过程中的竞争。因为民办非营利性企业在中国的历史较短, 这些机构往往缺乏专业性和足够的融资手段。技能短缺仍然是西方国家长期照护服务提供者存在的普遍问题, 这导致服务质量低下和员工的流失率高。政府应该投资这样的机构, 以开发其创新潜能, 帮助其成为独立能干的提供长期照护服务的合作伙伴 (NDRC, 2015; Teets and Jagusztyn, 2013)。在许多欧洲国家, 法规可以促进政府与非政府机构的合作, 还可以将福利企业纳入一个更大的服务供应规划和设计 (Irish, Salamon and Simon, 2009)。

为了确保服务到位, 政府需要给予服务提供者足够的市场激励和充裕透明的资金。服务提供者至少要能够收回它们的全部费用, 而较低政府资金与较高的用户费用挂钩。如果政府想扩大那些只能承担较低费用的贫困人士获得长期照护服务的机会, 则必须提供足够的资助。只有大的财政激励才能为政府提供足够的杠杆来影响用户的费用。

## 成果

为了达到预期的效果, 重中之重是要确保细致监测长期照护系统的进展和性能。尽管付出了大量努力, 但是长期照护市场依然容易出现市场失灵, 目前还没有国家能找到最佳的实践解决方案。本书讨论的所有养老体系都遭受到危险的成本升级, 需要定期调整。非政府服务市场的发展需要在“做中学”, 要在实践过程中不断调整和改进。然而, 衡量长期照护服务的绩效是一项困难的工作。在国际上, 绩效衡量已经从产出 (如可用的床位) 转移到成果。例如, 在英国, 衡量措施包括用户的生活质量、独立性和护理经验。一个系统的、连续且独立的成果评估可以让政府评估服务提供者的表现, 有助于确保地方政府之间相似的服务质量, 并可以客观评价当地的创新情况。及时提供方便人们了解情况的信息将有助于确保服务供应, 以及在有需要的情况下快速采取行动。

## 参考文献

- Adelina Comas-Herrera, L. P., Raphael Wittenberg, J. M., & King, and D. (2010). the Long-Term Care System for the Elderly in England.
- ageUK. (2015). Factsheet: Personal budgets and direct payments in adult social care.
- Augurzky, B., & Mennicken, R. (2011). Projektbericht Faktenbuch Pflege-Die Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt.
- Baxter, K., Glendinning, C., & Greener, I. (2011). The implications of personal budgets for the home care market, (May 2015), 37 - 41. <http://doi.org/10.1080/09540962.2011.560702>.
- Blöchliger, H. (2008). Market Mechanisms in Public Service Provision, (626). <http://doi.org/10.1787/241001625762>.
- Busse, R., Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (2007). Strategic purchasing to improve health system performance: key issues and international trends. *Healthcare Papers*, 8 Spec No, 62 - 76. [http://www.oecd-ilibrary.org/economics/market-mechanisms-in-public-service-provision\\_241001625762](http://www.oecd-ilibrary.org/economics/market-mechanisms-in-public-service-provision_241001625762).
- Carmichael, F., Charles, S., & Hulme, C. (2010). Who will care? Employment participation and willingness to supply informal care. *Journal of Health Economics*, 29(1), 182 - 90. <http://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.11.003>.
- Chui, E. W.-T. (2011). Long-term care policy in Hong Kong: challenges and future directions. *Home Health Care Services Quarterly*, 30(3), 119 - 132. <http://doi.org/10.1080/01621424.2011.592413>.
- Farsi, M., & Filippini, M. (2004). An empirical analysis of cost efficiency in non-profit and public nursing homes. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 75(3), 339 - 365. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8292.2004.00255.x>.
- Feng, Z., Liu, C., Guan, X., & Mor, V. (2012). China's rapidly aging population creates policy challenges in shaping a viable long-term care system. *Health Affairs*, 31(12), 2764 - 2773. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0535>.
- Feng, Z., Zhan, H. J., Feng, X., Liu, C., Sun, M., & Mor, V. (2011). An industry in the making: The emergence of institutional elder care in Urban China. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(4), 738 - 744. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03330.x>.
- Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (2005). Purchasing to improve health systems performance. Open University Press.
- Forder, J., & Allan, S. (2014). The impact of competition on quality and prices in the English care homes market. *Journal of Health Economics*, 34(1), 73 - 83. <http://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.11.010>.
- Gash, T., Panchamia, N., Sims, S., & Hotson, L. (2013). Making Public Service Markets Work. Retrieved from [http://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/Making\\_public\\_service\\_markets\\_work\\_final\\_0.pdf](http://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/Making_public_service_markets_work_final_0.pdf).
- Giles, J., Wang, D., & Zhao, C. (2010). Can China's Rural Elderly Count on Support from Adult Children? Implications of Rural-to-Urban Migration. *Journal of Population Ageing*, 3(3-4), 183 - 204. <http://doi.org/10.1007/s12062-011-9036-6>.
- Glendinning, C. (2008). Increasing choice and control for older and disabled people: A critical review of new developments in England. *Social Policy and Administration*, 42(5), 451 - 469. <http://doi.org/10.1111/j.1467->

9515.2008.00617.x.

- Grabowski, D. C., Caudry, D. J., Dean, K. M., & Stevenson, D. G. (2015). Integrated payment and delivery models offer opportunities and challenges for residential care facilities. *Health Affairs*, 34(10), 1650 – 1656. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0330>.
- Greve, B. (2009). Can choice in welfare states be equitable? *Social Policy and Administration*, 43(6), 543 – 556. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2009.00679.x>.
- He, D. (2013). New rules for NGOs to improve operations. Retrieved from [http://www.chinadaily.com.cn/china/2013-04/17/content\\_16413055.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/2013-04/17/content_16413055.htm).
- Health & Social Care Information Centre. (2014). Personal Social Services Expenditure and Unit Costs.
- Irish, L. E., Salamon, L. M., & Simon, K. W. (2009). Outsourcing Social Services to CSOs: Lessons from Abroad.
- Jing, Y. (2008). Outsourcing in China: An exploratory assessment. *Public Administration and Development*, 28(2), 119 – 128. <http://doi.org/10.1002/pad.488>.
- Jing, Y., & Chen, B. (2012). Is Competitive Contracting Really Competitive? A Case Study of Restructuring Government–Nonprofit Relations in Shanghai. Center for Nonprofit Strategy and Management Working Paper Series.
- Johnson, N. (1999). *Mixed Economies of Welfare: A Comparative Perspective*. Prentice Hall Europe.
- Kahneman, D., Knetsch, J. L., & Thaler, R. H. (1991). Anomalies: The Endowment Effect, Loss Aversion, and Status Quo Bias. *Journal of Economic Perspectives*, 5(1), 193 – 206. <http://doi.org/10.1257/jep.5.1.193>.
- Knapp, M., Hardy, B., & Forder, J. (2001). Commissioning for Quality: Ten Years of Social Care Markets in England. *Journal of Social Policy*, 30(02), 283 – 306. <http://doi.org/10.1017/S0047279401006225>.
- Lewis, J., & West, A. (2013). Re-Shaping Social Care Services for Older People in England: Policy Development and the Problem of Achieving “Good Care.” *Journal of Social Policy*, 43(01), 1 – 18. <http://doi.org/10.1017/S0047279413000561>.
- Li, M., Zhang, Y., Zhang, Z., Zhang, Y., Zhou, L., & Chen, K. (2013). Rural–urban differences in the long–term care of the disabled elderly in China. *PLoS ONE*, 8(11), 1 – 7. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0079955>.
- Matsuda, S., & Yamamoto, M. (2001). Long–term care insurance and integrated care for the aged in Japan. *International Journal of Integrated Care*, 1(September), e28.
- Meagher, G., & Szebehely, M. (2013). Marketisation in Nordic eldercare: A research report on legislation, oversight, extent and consequences.
- NDRC. (2015). *Research on Government Procurement of Services from Social Organizations*.
- Ovretveit, J. (1995). *Purchasing for Health: A Multidisciplinary Introduction to the Theory and Practice of Health Purchasing*. Buckingham: Open University Press.
- Rhee, J. C., Done, N., & Anderson, G. F. (2015). Considering long–term care insurance for middle–income countries: comparing South Korea with Japan and Germany. *Health Policy*, 1 – 11. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.06.001>.
- Robinson, R., Figueras, J., & Jakubowski, E. (2005). Purchasing to improve health systems performance. Retrieved from <http://www.mcgraw-hill.co.uk/html/0335213677.html> Buckingham: Open University Press.
- Rodrigues, R., Leichsenring, K., & Winkelmann, J. (2014). The “Make or Buy” Decision in Long–term Care: Lessons for Policy.
- Schwartz, B. (2014). *The Paradox of Choice – Why More is Less*.
- Seok, J. E. (2010). Public long–term care insurance for the elderly in Korea: design, characteristics, and tasks. *Social Work in Public Health*, 25(2), 185 – 209. <http://doi.org/10.1080/19371910903547033>.

- Shimizutani, S. (2013). The Future of Long-term Care in Japan. RIETI Discussion Paper Series, 13-E-064.
- Standing Committee. The Government Procurement Law of the People's Republic of China (2002). Retrieved from [http://www.gov.cn/english/laws/2005-10/08/content\\_75023.htm](http://www.gov.cn/english/laws/2005-10/08/content_75023.htm).
- State Council Information Office. (2005). The Development of China's Undertakings for the Aged.
- Statistisches Bundesamt. (2013). Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Retrieved from [https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cm\\_spath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1019863](https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cm_spath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1019863).
- Sunwoo, D. (2012). The Present situation and problems of the long-term care insurance in South Korea: from comparative perspectives between South Korea and Japan. *Japanese Journal of Social Security Policy*, 9(1). [http://www.ipss.go.jp/webj-ad/WebJournal.files/SocialSecurity/2011/spring/Web%20Journal\\_Dr%20Sunwo.pdf](http://www.ipss.go.jp/webj-ad/WebJournal.files/SocialSecurity/2011/spring/Web%20Journal_Dr%20Sunwo.pdf).
- Tamiya, N., Noguchi, H., Nishi, A., Reich, M. R., Ikegami, N., Hashimoto, H., ... Campbell, J. C. (2011). Population ageing and wellbeing: Lessons from Japan's long-term care insurance policy. *The Lancet*, 378(9797), 1183 - 1192. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61176-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61176-8).
- Teets, J. C., & Jaguszyn, M. (2013). The Evolution of a Collaborative Governance Model : Public-Nonprofit Partnerships in China. [http://www.umdcipe.org/conferences/GovernmentCollaborationShanghai/Presentations/Teets\\_Jaguszyn\\_Presentation.pdf](http://www.umdcipe.org/conferences/GovernmentCollaborationShanghai/Presentations/Teets_Jaguszyn_Presentation.pdf).
- Theobald, H. (2012). Combining welfare mix and New Public Management: The case of long-term care insurance in Germany. *International Journal of Social Welfare*, 21(SUPPL.1), 61 - 74. <http://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2011.00865.x>.
- Travis, P., Egger, D., Davies, P., & Mechbal, A. (2002). Towards better stewardship : concepts and critical issues, 1 - 21. World Health Organization, Geneva. <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>.
- Tsutsui, T., & Muramatsu, N. (2007). Japan's universal long-term care system reform of 2005: Containing costs and realizing a vision. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(9), 1458 - 1463. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01281.x>.
- Tynkkynen, L. K., Keskimäki, I., & Lehto, J. (2013). Purchaser-provider splits in health care-The case of Finland. *Health Policy*, 111(3), 221 - 225. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.012>.
- WHO. (2000). The World Health Report 2000 (Vol. 78). Retrieved from [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf).
- Wing-tak, C., Kin-sun, C., Ming-lin, C., Suk-fan, K., & Chi-kin, L. (2009). Elderly Commission's Study on Residential Care Services for the Elderly. The University of Hong Kong. [http://www.elderlycommission.gov.hk/en/download/library/Residential%20Care%20Services%20-%20Final%20Report\(eng\).pdf](http://www.elderlycommission.gov.hk/en/download/library/Residential%20Care%20Services%20-%20Final%20Report(eng).pdf).
- Won, C. W. (2013). Elderly long-term care in Korea. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 4(1), 4 - 6. <http://doi.org/10.1016/j.jcgg.2012.11.001>.
- Wong, L., & Jun, T. (2006). Non-State Care Homes for Older People as Third Sector Organisations in China's Transitional Welfare Economy. *Journal of Social Policy*, 35(02), 229 - 246. <http://doi.org/10.1017/S0047279405009505>.
- Wu, B., Mao, Z.-F., & Zhong, R. (2009). Long-term care arrangements in rural China: review of recent developments. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(7), 472 - 7. <http://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.07.008>.
- Yanzhang, D. (2013). Examining the Development Situation of China Aged Industry in the First Year of the Industry. Retrieved from <http://english.wcsdf.org/recently-news/examining-the-development-situation-of-china-aged-industry-in-the-first-year-of-the-industry/>.

## 第7章

# 加强长期照护服务的监管、标准和质量保证

郑楠 Joshua M. Wiener 冯占联<sup>1</sup>

## 7.1 引言

中国的养老服务行业仍处于发展的初期阶段。到目前为止，中国政府和其他利益相关者十分关注长期照护服务短缺的问题，政府和民营部门计划采取各种举措迅速增加供给来满足不断升级的需求。政府正在转变其职能，从服务的直接供应者和提供者转变为购买方和监管方，并鼓励私人资本进入服务供给系统。

为了确保中国老年人能够得到满足他们的健康和功能需求的养老服务，提高他们的生活质量，制定一个有效的监管框架和质量保证体系是关键所在。目前，管理监督以及其他保证服务质量的策略仍然比较缺乏，在政策议程中也不处于优先地位。尽管偶尔有媒体报道有关养老服务行业质量不高和安全方面的问题（新华网，2013），但是确实很少有数据用来评估现有服务和新增服务的质量。

本章着重阐述加强中国长期照护行业的监管、标准和质量保证方面所面临的挑战。首先，梳理了在长期照护服务质量保证方面的国际经验，这些经验可以为中国的决策者在建立适合中国的政治和市场环境的质量保证体系方面提供参考；其次，描述和分析了全国以及若干省市的长期照护服务质量保证的最新进展；最后，强调了这一领域所面临的主要的政策挑战，并针对这些挑战提出未来的发展方向以及可以采取的策略。

---

<sup>1</sup> 郑楠，美国RTI International高级研究员。Joshua M. Wiener，美国RTI International杰出研究员，原RTI International老龄、残疾和长期照护研究项目主任。冯占联，美国RTI International高级研究员。

## 7.2 长期照护服务质量保证系统：国际概况

本节综述了一些国家的长期照护质量保证系统的概况，主要借鉴来自美国、英国、澳大利亚、德国和日本的经验。在一定程度上，由于这些国家的长期照护服务分配了大量的公共资金，并且长期照护服务提供者对公共资金严重依赖，所以这些国家都把长期照护的质量保证提上了政治议程（Wiener, 2011）。

这些国家都严重依赖于对长期照护服务提供者的检查和监管，以确保服务质量。虽然所有国家的地方政府都发挥了重要作用，但确保服务质量主要是政府的责任，尤其对于机构服务提供者来说。各国注重检查多于注重执行。这些国家很少使用罚款和吊销证书等制裁方法，部分原因在于这些措施不可避免地会给服务使用者带来负面影响，而且监管的最终目标是提高服务质量，而不是惩罚服务提供者。

虽然长期照护服务的消费者的临床和健康状况越来越复杂（例如，多种慢性疾病和痴呆症），但是对长期照护工作者的培训要求却普遍较低，并且各国之间的差异很大。在日本，初级执业养老人员的培训要求至少要130个小时，而在美国的养老院和家庭保健机构中，初级执业养老服务人员的培训则为75个小时。但是，美国其他类型长期照护服务提供者的培训要求则更低，如1/5的州对个人护理助手没有培训要求（PHI，日期不详）。许多观察家认为，缺乏培训是服务质量问题出现的主要原因（Wiener et al., 2007）。

五个国家全部使用除直接监管之外的其他策略来保证养老服务质量符合管理条例的最低规定。在不同程度上，这些策略通过依靠市场力量以及鼓励服务提供者提高质量的方式来保持竞争力。从理论上讲，由于假定消费者有众多的服务提供者可以选择，这种策略的成功与否就取决于长期照护服务供给超过需求的程度。但在实践中，关于这些策略有效性的证据却不是很一致（Totten et al., 2012）。有些国家要求服务提供者必须参加这些基于市场的策略，如美国的质量考察公开报告（Stevenson and Bramson, 2014）。而在另一些国家，这样的策略则是自愿性的，但是自愿性的策略通常会导致较低的参与率。例如，日本的养老福利机构选择与外部机构合作进行质量评估（遵循政府制定的国家指南）并公开报告数据。2011年，只有7.5%的专业养老院和3.2%的痴呆症老年患者特殊群体养老院自愿参加评估和报告（OECD/European Union, 2013）。在芬兰，使用标准化的评估工具来收集和报告数据也是自愿的，公开报告只涵盖了大约40%的机构养老和30%的居家养老（OECD/European Union, 2013）。

系统且统一的数据——包括标准化的个人评估工具，确保服务提供者以一致的方式收集数据的培训、支持系统，以及数据存储库——在美国的质量保证中发挥了重要作用。虽然收集和使用这些数据仍然比较少见，但是使用标准化的个人评估工具在许多国家越来越受欢迎。特别是，由InterRAI组织开发的长期照护服务机构评估系统

(interRAI LTCF) 目前在不同程度上已经应用于加拿大, 欧洲(比利时、英国、芬兰、法国、德国、冰岛、意大利、荷兰、挪威、西班牙、瑞典和瑞士), 亚洲(中国香港、韩国、日本)以及太平洋地区(澳大利亚和新西兰)(InterRAI.org)。标准化的个人信息可用于资格确定、养老规划、需求评估和质量指标的制定。

经合组织国家的经验表明, 政府对长期照护服务场所的监管和质量保证的程度不同, 与居家养老和社区养老相比, 它们更注重对养老机构的监管。例如, 美国的养老院是被监管最严格的医疗卫生部门之一, 如果想要得到政府的资助, 就必须遵守一系列由联邦政府规定的最低标准(Stevenson and Bramson, 2014)。相比之下, 各种类型的、以家庭和社区为基础的服务提供者(如辅助生活机构、寄宿养老院和成人日间照料服务)只受各州设立的一些基本执照要求和管理条例的约束(Mollica, Sims-Kastelein and O'Keeffe, 2007)。事实上, 在许多国家, 居家和社区养老机构提供的长期照护服务很少, 甚至根本没有接受监管。这涉及一个事实, 即大部分的居家养老服务 and 社区养老服务大多发生在个人住宅中, 使得检查和数据收集非常困难。此外, 由于居家养老服务和社区养老服务的范围广泛, 也让标准制定变得很困难。

## 7.3 确保护理质量和生活质量: 国际经验

国际上确保长期照护服务质量最常见的方法是监管, 即确保服务提供者满足政府机构建立的质量标准。这些质量标准通常是提供者在为获得经营许可或受到政府资助时所需要达到的最低质量水平。政府在确保长期照护服务质量监管方面发挥着非常重要的作用, 因为长期照护服务的消费者及其家庭通常都属于失能或弱势群体——在身体、精神以及社会方面——当他们得到的养老服务品质不佳时, 无法随时更换服务提供者, 因此无法有效使用更换服务提供者的权力来促使服务提供者提升服务质量。此外, 在许多国家, 由于没有其他替代服务提供者可选, 供应约束意味着即使消费者不满意他们正在接受的养老服务, 更换服务提供者对他们来说也非常困难。

### 7.3.1 监管条例

监管程序通常由三部分组成: (1) 规则, 这是服务提供者必须满足的标准或规范; (2) 检查或收集数据的其他手段, 以评估服务提供者是否符合规则或行为规范; (3) 执行或其他补救措施, 以解决在检查或其他监测过程中发现的问题。

#### 标准

制定最低的可接受标准的一个关键问题是如何定义长期照护服务的质量。衡量服务质量的两个主要领域是护理质量和生活质量。护理质量是指医疗和非医疗服务的技术能力(Wiener et al., 2007), 通常用结构、过程或结果指标来衡量(Donabedian,



2005)。结构是指使服务提供者或机构能提供优质护理服务的专业和组织资源。结构变量包括员工的资质水平、类别组合、教育和培训；机构特点，如所有权和规模；以及资质认证。流程方面包含实际提供或管理的护理和服务，包括诸如过度使用可能有损的程序（例如，物理约束和抗精神病药物），与实践指南相一致的护理使用不足（如预防服务）或者程序技术性能差等缺陷。结果是指健康状况或功能能力的变化，这些变化可归因于提供或未提供的护理服务。生活质量指的是消费者的选择和自主性、尊严、个性、舒适性、有意义的活动等元素（Wiener et al., 2007）。政府标准主要关注的是护理质量，而不是生活质量，往往强调结构要求，而不是过程和结果。由于定位和衡量生活质量具有困难和挑战性，这使得政府一定程度上相对较少关注生活质量的问题。

在美国，养老院和家庭医疗保健机构（在某些州）必须获得所在州的许可才能运营。此外，养老院和家庭医疗保健机构必须符合联邦质量标准才可以获得联邦医疗保险和联邦国家医疗补助报销（认证）。联邦管理要求涵盖了广泛的项目，从投入和结构能力到初始和定期评估养老院入住老年人和家庭医疗保健服务消费者的护理过程（Centers for Medicare and Medicaid Services, 2015a）。例如，医疗保险认证的养老院必须符合以下各方面的基本要求：入住老年人权利、生活质量、入住老年人评估、养老质量、护理服务、膳食服务、医生服务、专业康复服务、药学服务、牙科服务、感染控制、物理环境和行政管理（Centers for Medicare and Medicaid Services, 2015b）。州政府负责制定许可制度以及辅助生活和个人护理机构等其他家庭和社区的服务标准。这些标准差异很大，而且在多数情况下根本不存在（PHI，日期不详）。

在英国，所有的服务提供者必须向卫生部养老质量委员会登记，并符合最低质量标准。这些标准包括28个“质量和安全基本标准”的相关规定，分为六个关键领域（OECD/European Union, 2013）：（1）参与和信息（尊重并涉及服务用户、许可、费用）；（2）个性化护理服务、治疗和支持（用户护理服务与福利、营养、与其他服务提供者合作经营）；（3）保障措施（滥用预防、清洁和感染控制、管理药物、房屋与设备的安全性和可持续性）；（4）人员配置（可持续性、招聘、支持人员）；（5）质量和管理的投诉、死亡、事故通知及记录）；（6）管理的可持续性（管理人员登记）。此外，养老院和长期照护居家服务机构的提供者必须分别向养老质量委员会登记，并符合一定的标准（例如，通过刑事背景检查，并获得证明管理资格的证书）。

不同于执照，资质认证是指服务提供者通过第三方非政府组织评估质量标准的程序。虽然由非政府组织认证，但是因为符合监管检查或认证要求，有时仍会得到政府的认可。

澳大利亚要求养老院和居家养老服务提供者获得养老标准和认证机构的正式认证，这也是获得公共资助的条件（OECD/European Union, 2013）。对于养老院而言，标准包括从物理环境、人员配置和管理系统到入住老年人的生活方式在内的共44项预期指标。对于居家养老而言，标准包括18项预期指标，如适当的服务机会和服务交付以及用户权利。这些标准是一般性陈述，没有详细的标准，从而为服务提供者如何满足预期指

标提供了灵活性。在澳大利亚，其共识是这些宽泛的标准比具体标准要好得多，因为它们允许核查人员和服务提供者专注于主要问题，而非不那么重要的细节。此外，标准的一般性质能够促使评估人员与服务提供者展开对话，从而确定预期结果是否实现以及如何实现。然而，批评人士认为标准过于笼统，没有意义，也无法执行。

在德国，长期照护服务实现了普遍覆盖，该服务的主要购买者是长期照护基金（法定长期照护保险）。规范长期照护服务行业的权力由政府（联邦政府和州政府）和代表长期照护服务采购商及服务提供者的委托决策机关（如企业实体）通过合同谈判共享（Garms-Homolova and Busse, 2014）。联邦政府决定长期照护服务供应的范围和全国通用规则。质量评估指南（长期照护服务机构指南）规定了包括照护结构和照护过程在内的82个标准，但未提及结果（Garms-Homolova and Busse, 2014）。居家养老服务提供者受类似指导方针的管制。护理人员的资格要求也受联邦政府管理（Garms-Homolova and Busse, 2014; OECD/European Union, 2013）。根据联邦法律的要求，被授权的决策机构在合同谈判中确定质量措施度量、实施和执行的细节。

日本要求对养老院和居家养老服务提供者进行认证。养老院服务提供者的认证也是一个报销条件。县政府对服务提供者进行认证，市政府对服务提供者进行监督和审计，以确保适当的管理。认证的标准涉及人员配备、投诉处理程序和保护老年人、管理和行政以及服务供给（OECD/European Union, 2013）。国家政府为机构服务提供者颁布了非常详细的人员配置结构要求（根据机构类型和规模而不同），并要求长期照护服务人员需要具备较高的技能（Ikegami, Ishibashi and Amano, 2014）。此外，机构养老服务提供者每月、每日都必须满足全职人力工时（Full-time equivalents, FTE）与养老院入住老年人比率的要求。

## 监测

标准一旦制定，监管机构就必须监测服务提供者是否符合这些标准。所采用的两个主要策略是检查和服务提供者定期提交数据。虽然服务提供者常常对检查的频率抱有怨言，但即使是每年检查一次的养老院和其他服务提供者的国家都很少。而对居家和社区服务提供者的检查频率比对养老院的检查频率更是少得多。

在美国，各州政府代表联邦政府对参加政府支付计划的养老院和家庭保健机构进行检查，并按照联邦标准对这些机构进行评估。对所有服务提供者的检查频率大约是每年一次，但检查中存在严重缺陷记录的养老院会接受重新检查以确认缺陷是否已得到纠正。州政府还会应消费者投诉要求，进行不定期检查。此外，获得政府报销认证的养老院和家庭保健机构也必须使用标准的个人评估工具来收集个人健康和功能性信息——养老院的最小信息集（MDS）以及家庭保健机构的成果和评估信息集（OASIS）——并向联邦医疗保险和医疗补助服务中心（CMS）提交资料。使用评估数据的定量质量措施——许多侧重于入住老年人的结果——已经开发出来（并由第三方独立组织审查，以确保可靠性和有效性），并且可以用于监测服务提供者的质量。

在英国，每个服务提供者每年至少接受一次检查。从2006年起，养老质量委员会在定期检查和回应关注问题（回应性检查）的基础上进行突击检查。养老质量委员会还会进行连续评估，来确定每个服务提供者不达标的风险。一个关键来源是包含服务提供者的定性和定量信息的“质量和风险状况”，从各种渠道收集而来并转换成共同的衡量标准，从而为每个标准生成单个风险评估（Malley et al., 2014）。如果连续的评估结果不好可能会导致检查。为了了解消费者的看法并让服务使用者更多地参与检查过程，养老质量委员会的检查小组有时会包括“经验专家”（服务使用者或者养老服务人员）。虽然理论上这样可以提高检查的透明度，但是并没有实际的证据表明检查质量因此得到了提升（Malley et al., 2014）。养老质量委员会鼓励服务提供者通过自我评估来确保达标，并期望它们能够收集信息，以证明自己对消费者的服务表现。然而，它并没有要求服务提供者收集个人结果数据，并且在对服务提供者自我评估其合规性时所使用的的手段和方法类型方面也给予了灵活性。因此，服务提供者采用的手段多样，并且收集的数据没有统一标准，使得进行服务提供者之间的对比十分具有挑战性（Malley et al., 2014）。

澳大利亚、德国和日本对长期照护服务提供者的检查频率不同。在澳大利亚，养老服务标准及认证机构通过定期检查和突击检查，以及对一系列管理和其他信息的审查来监测养老服务提供者是否达标。每个服务提供者每年至少会被检查一次。在为期三年的周期里，如果居家养老和社区养老服务提供者出现违反标准的情况，必须自我举报并至少完成一次质量审查（Gray, Cullen and Lomas, 2014）。自我评估后，养老服务标准及认证机构审查服务提供者的报告并进行实地考察。在德国，养老院和家庭养老机构的质量评估由医疗审查委员会通过年度质量检查来完成（Garms-Homolova and Busse, 2014）。地方养老院管理机构（政府机构）每年至少对养老机构进行一次不提前通知的检查，除非它们已经被医疗审查委员会检查过了。因此，医疗审查委员会和地方养老院管理机构必须密切合作，以避免重复检查（OECD/European Union, 2013）。日本每年都会检查机构养老服务提供者，虽然检查被认为是在隔年通过提交文件来完成的，除非发现严重问题才会进行现场检查（Ikegami, Ishibashi and Amano, 2014）。

## 执行

在建立标准并且通过监测确定服务提供者是否合规之后，应确保不达标的服务提供者强制执行，从而逐渐达到标准。然而，在本书重点研究的五个国家和其他经合组织国家里，管理条例的执行都很薄弱。只有在最严重或最危险的情况下，才会使用强有力的执法策略，如停止营业或吊销执照或证书，部分原因是这种策略可能给消费者带来不利的后果，如当前消费者的服务中断和潜在消费者更长的等待时间（特别是在长期照护服务供应有限的市场）。

### 7.3.2 市场机制

政府管理条例通常设定了养老服务提供者必须满足的最低水平的质量要求，但缺乏其他机制，服务提供者很少有动机去超越最低的质量要求并提供更优质的养老服务。认识到这一点，有些国家已经制定了计划，以鼓励市场在质量维度上的竞争。

#### 公共报告

公共报告有助于向消费者、支付者和医疗卫生服务提供者提供质量信息或其他服务提供者的信息。公共报告的目标是帮助消费者在选择服务提供者时做出明智的选择，反过来也可以激励服务提供者提高其服务质量。公开报告的优点是成本相对较低，特别是当数据已经通过监测过程收集好的时候（如检查结果、缺陷记录、个别评估数据）。

美国收集关于健康和功能状态以及养老院入住老年人和家庭医疗保健病人的护理过程的大多数个人质量信息。有关家庭护理病人的经验或满意度的相关数据也通过服务后调查来收集。利用这些数据，开发了定量质量措施和指标，人们可在网上获取相关信息(<https://data.medicare.gov/>)。大多数质量措施关注疼痛、褥疮、跌倒等后果。人员配置、缺陷记录和处罚等检查结果也可在网上获取。其他一些国家也在网上发布质量数据（如基本服务提供者信息、检查结果、认证报告），但这些国家关注服务结果的程度并不如美国。然而，即使在美国，由于收集标准化数据面临挑战和成本压力，非医疗家庭服务和社区服务也没有质量数据。

自2008年以来，为了简化数据解释，美国在公共报告网站(<http://www.medicare.gov/nursinghomecompare>)上增加了养老院的星级评分。根据健康检查结果、质量措施和人员配备水平，每个养老院被评定为一星级至五星级。星级划分与评定的目的是帮助消费者及其家庭更容易地对各个养老院进行对比。

然而，很少有证据表明星级评定系统有利于促进质量数据的公开报告和个人质量措施的质量提升。此外，一些观察家也表示担忧，养老院可能只专注于星级划分所涵盖的质量领域，这样有可能会引发为之付出代价（Werner, Konetzka and Kruse, 2009）。虽然星级划分与评定系统在美国受到越来越多的关注，但英国已经停止进行星级划分与评定系统。数据显示，只有不到1/6的消费者了解公开报告的质量数据，实际使用这些数据的人则更少（Commission for Social Care Inspection, 2009）。美国医疗保健研究与质量局（AHRQ）最近系统审查了公开发表的、重点关注医疗保健质量信息的公开报告的研究，发现了各种证明公开报告在提高养老质量方面是有效的证据（Totten et al., 2012）。审查还发现，有证据表明许多长期照护服务的消费者和家庭可能不会使用公开报告的信息（Castle, 2009）。

#### 按业绩付费

按业绩付费或以价值为基础的采购，是一种用金钱奖励优质养老服务或有重大改

善的养老服务的付费模式。包括中国（Yip et al., 2014）在内的许多国家在医疗保健系统中使用或尝试使用按照业绩付费的模式。然而，该模式在长期照护服务中的应用仍然非常少。

在美国，某些州的养老院采用了按业绩付费的医疗补助计划策略。业绩领域的目标通常包括基于护理流程和基于结果的养老服务质量措施和人员配备。证明按业绩付费计划在质量提升方面的有效性的证据因质量领域和地理区域而异（Werner, Konetzka and Polsky, 2013）。2009年，美国医疗保险和医疗补助服务中心（CMS）在三个州发起了以价值为基础的养老院采购（NHVBP）示范项目。除了质量措施和人员配置，这个示范项目的对象还包括不适当的住院率和检查缺陷记录。然而，一定程度上由于示范项目的设计和衡量质量成果的挑战，并没有证据表明该示范项目促进了质量的有效提升（White et al., 2013）。例如，养老院入住老年人评估工具，即最小数据集合，在示范期间会发生改变，这降低了示范评估者比较示范项目实施前后入住老年人结果的能力。2014年，以价值为基础的采购（VBP）计划成立，专注于提供专业养老服务的养老院（长期照护服务接受者对在急性住院治疗后的恢复功能和健康通常是暂时的）。即将在2019年实施的以价值为基础的采购计划会把专业养老机构的医疗保险支付和其性能指标连接起来，如再次入院率（Centers for Medicare and Medicaid Services, 2015c）。

在日本，政府为公共长期照护保险（LTCI）计划所覆盖的每一项服务都制定了一个收费表。其他财政奖励将给予表现超过最低要求的服务提供者，如那些功能得到改善的用户人数超过预先确定人数的服务提供者。对于机构养老服务提供者来说，财政奖励的条件还包括回归社区的出院率、临终关怀和康复的全面养老规划。此外，雇用资历更好、经验更多或受过专业培训（如针对老年痴呆养老服务的培训）的员工的机构、家庭以及社区养老服务提供者会得到财政奖励。这与日本依靠高度熟练以及合格的长期照护服务人员的整体质量保证策略是一致的。

### 控制供应或无条件准入

对于可以最大限度有效提升质量的市场机制而言，长期照护服务供应量应当超过需求量，这样消费者就可以选择可替代的服务提供者。在这种情况下，养老服务质量不理想的服务提供者将会输给那些提供优质养老服务的提供者，这将导致它们被市场淘汰或迫使它们提高质量。

然而，在现实中，市场机制能够提升质量的有效性证据并不一致，部分原因在于政府对长期照护服务供应的控制。当供应受到控制并紧缺时，可供消费者选择的替代服务提供者往往比较有限，有时不得不保留那些养老服务质量不理想的服务提供者。因此，服务提供者缺乏提高质量的强烈的激励机制。

供给约束在那些由政府支付长期照护服务的国家很重要。更大的供应量可能会导致更高的需求量，而政府计划必须承担这一增加的需求。鉴于人口老龄化和非正规医疗供给的减少，缺乏供应控制可能会大大增加政府的支出。

### 7.3.3 自愿措施

#### 服务提供者和专业协会

服务提供者和专业协会可以在保证和提升服务质量方面发挥作用。例如，在美国，美国保健协会是一个主要由营利性养老院和养老服务提供者组成的协会，约有12000名成员，能够提供最佳实践、工具包和教育的信息或指导，从而提高其成员的养老服务质量。

然而，养老服务提供者协会的主要功能是在政府机构和立法者面前代表其成员，协会没有权力采取强制措施来确保遵守相关规定。此外，服务提供者协会不一定有助于——甚至可能游说反对——那些不符合其商业利益的质量提升目标。例如，由于潜在的费用，美国的养老院协会反对在联邦层面设定最低的护—患比率（staff-resident ratios）。

#### 非政府机构的认证或质量评估

除了参与政府机构长期照护服务资助项目的强制许可和认证之外，一些国家也鼓励——在某些情况下要求——服务提供者获得认证。在美国，养老院和居家养老服务提供者可以选择联合委员会（<http://www.jointcommission.org/>）的认证。联合委员会是一个独立的非营利性组织，在美国认证了20000多个卫生保健组织和项目，但养老院和其他长期照护服务提供者却相对较少。人们普遍认为这种自愿性认证不如定期认证。美国的消费者群体强烈反对服务提供者协会用自愿性认证代替定期认证。

在日本，国家政府建议，但不要求长期照护服务提供者进行第三方评价（除了老年痴呆集体家庭外，此类评价是强制性的）。服务提供者可以通过评估过程获得关于改善服务质量的知識，并且结果会发布到互联网上。然而，2011年只有7.5%的特殊养老院和3.2%的老年痴呆集体家庭参加了自愿评估和报告（OECD/European Union, 2013）。

#### 主要服务提供者或组织的作用

有时，主要的服务提供者或组织可能会采取额外的质量保证和改进措施，这为测试用来提高服务质量的创新举措的有效性提供了机会。美国发起了一场“文化变革”运动，把养老院从以医疗或保健为主的机构变成一个更像是家的地方，这场运动已经进行了20年（Rabig et al., 2006; Thomas, 2006）。两个最有名的例子是“伊登变革（Eden Alternative）”和“绿墅（Green House）”模式。这两种模式的目的是通过改变养老院的物理环境和社会心理环境来提高入住老年人有关尊严、隐私、自主性和食物享受方面的生活质量。这些变化包括较小的房屋，鼓励社交活动的设施布局以及允许入住老年人制定日程安排。虽然经验证据不一，但是“文化变革”被认为可以改善入住老年人的生活质量和员工的工作环境（从而降低流动率）。美国医疗保险和医疗补助服务中心

(CMS)支持“文化变革”。有些州认为“文化变革”对其有利，其医疗补助计划有按业绩付费的策略(Miller et al., 2013)。

在日本，一些提供居家养老、社区养老以及辅助生活的大型公司连锁店对于在它们的机构执行interRAI的评估工具很感兴趣。这可以帮助大型连锁机构通过使用标准化的个体成果数据来比较各机构之间的质量情况，从而加强对机构的管控。在政府监管框架之外，它们也可以宣传自己的质量保证活动，以获得竞争力(Ikegami, Ishibashi and Amano, 2014)。

## 7.4 中国质量保证方面的最新发展

### 7.4.1 制定标准和实行监管

中国的质量保证体系仍处于起步阶段。中国目前有三套国家标准：《老年人建筑设计规范》(1999年)、《老年人社会福利机构基本规范》(2001年)和《养老护理员国家职业标准》(2002年)。为了进一步规范审批流程，民政部于2013年6月颁布了《养老机构设立许可办法》和《养老机构管理办法》两项新的规定。管理养老服务的其他几项国家标准也已在规划当中。这些国家标准是基本通则，为地方政府根据国家总则建立可执行的标准提供了灵活性。2014年1月，民政部、商务部和其他政府部门联合印发《关于加强养老服务标准化工作的指导意见》。该《意见》指出，将于2020年之前颁布关于机构、家庭和社区养老服务的全方位综合标准。

最近，中国各省市都试图采取新的措施来制定机构、家庭以及社区服务质量标准和监管条例。例如，2011年浙江省设立了居家养老服务和管理的省级标准，涵盖服务对象群体、服务内容、服务人员的资质和能力，以及机构质量评估。浙江省的省会杭州市实行“两标准，两办法”——居家养老服务标准和评估居家养老服务需求的办法，养老院服务标准和评价国营养老院资格的办法——作为养老服务标准化、规范化的一种方式。2013年，黑龙江省颁布了养老服务质量标准。

2013年，天津市公布了行业标准。在天津，由社区提供的服务标准规定了老年人托管所(成人日间照料服务)、社区餐饮中心、服务机构、紧急保障系统、服务内容、服务质量评估等要求。居家养老标准规定了人员配备、服务内容、服务质量监控、提升等要求。其他八套标准正在修订，包括养老院服务和临终关怀服务方面的标准。

2013年，上海市公布了更详细的行业标准，并给予服务提供者提供满足这些标准的费用补贴。具体来说，如果一个机构的一次性投资规划满足高于150万元人民币(约24.2万美元)的标准，上海市政府将会用社会福利彩票基金向该机构补贴30%的投资，区级/县级政府也会提供相同金额的补贴。那些侧重于为失能老人提供养老服务的欠发达地区/县和机构可以优先获得补贴。

## 7.4.2 建设信息系统

国家社会养老服务信息系统建设是民政部为中国第十二个五年计划（2011—2015年）期间促进社会基本养老服务体系建设的重大举措，于2011年投入建设。国家社会养老服务信息系统有许多功能和子系统，其中三个对确保养老服务质量具有深刻意义（China Society News，2010）。第一，养老信息管理系统将包括养老机构等级评估系统、老年人能力评估系统、服务质量监控管理系统、机构年检审核查询系统和专业队伍培训系统。第二，养老服务基础数据库将包括养老机构数据；机构入住老年人、社区服务数据，以及养老服务专业队伍数据。第三，公众养老服务系统将包括养老服务投诉管理系统、养老服务信息公开系统、在线服务预订系统和老年人养老服务产品推介。总体而言，国家社会养老服务信息系统将为中央和地方各级政府提供工具和数据，从而规范行业和服务提供者。向公众公开数据可能会促使服务提供者提高其服务质量和效率。

国家社会养老服务信息系统有助于将已经在各主要省市使用的非监管性质量保证策略进行标准化。例如，北京市民政局实施自愿评级系统（类似于酒店的评级系统）。基于当地制定的《养老服务机构服务质量星级划分与评定》，用星级（一星至五星）来评估养老机构的服务质量（北京市质量技术监督局，2005）。该标准不仅包括结构能力（如物理环境和设施、管理和人员配备以及员工素质），也包括如II度压疮发生率和消费者满意度等指标。每三年进行一次重新评估。2005年至2011年上半年，只有13个服务提供者参与了星级划分与评定（Chinanews，2012）。为了激励服务提供者，北京市民政局于2011年开始根据服务提供者获得的星级向它们提供财政奖励（Chinanews，2012）。截至2012年底，大约有300个机构通过了评级，但只有一部分机构的服务质量优异，获得了星级。具体来说，29个机构获得一星级，21个机构获得二星级，3个机构获得三星级，2个机构获得四星级，2个机构获得五星级（Chinanews，2012）。

其他省市也使用了类似的系统，包括江苏省、浙江省、天津市、上海市和河北省，其中几个省市还把居家和社区服务提供者纳入评级系统中。江苏省评估并资助达到一定服务质量水平的养老服务提供者。《江苏省老年人权益保障条例》颁布于2011年，在中国尚属首例，用来表彰和资助有一定经验的养老服务提供者，并奖励优质的、标准化的、拥有持续良好信誉或品牌的企业。上海市基于评估、服务覆盖率和养老服务满意度来为服务提供者评级，并且根据服务提供者的评级为它们提供财政奖励。杭州（浙江省省会）依靠第三方评估人员来评估家庭和社区服务提供者的质量，并且通过服务提供者品牌质量认证来确保服务质量（Zhu，2012）。自2010年起，河北省根据区县财政能力、实施老龄化工作中的困难以及基于养老机构星级划分的绩效评估，为区县分配省级奖励和补贴资金。

国家社会养老服务信息系统的一个重要组成部分是接受养老服务和需要养老服务



的老年人数据库，而这个数据库中至关重要能够收集健康、功能、自我护理能力和其他有用信息的标准化个人评估工具。民政部于2013年6月颁布了主要根据interRAI的评估系统制定的《老年人能力评估》并公开征求意见。评估工具在北京、广州（广东省省会）和苏州（江苏省）的六家机构的581个不同自理能力的老年人中间进行了测试。根据测试结果，将对评估工具进行修订，并在北京市的10个机构里进行重新测试（MOCA，2013）。该标准化评估工具暂定为建议标准（但不强制要求）。

广州、上海、南京（江苏省省会）和北京等几个城市已经开始使用标准化工具——类似于《老年人能力评估》——为申请养老服务的老年人评估功能和自我护理能力。个人评估的主要目的是确定护理需求，从而合理地分配资源。虽然不同地区的评估有所差异，但是它为未来用于质量保证的潜在标准化数据的收集奠定了基础。

### 7.4.3 提升养老服务队伍

对于机构、家庭及社区服务来说，护理人员的技能和能力对护理质量有着重要影响。养老服务是一个“高人力投入”的行业，每天甚至一天24小时都涉及一线养老服务工作者和养老服务接受者（其中许多人属于脆弱且易受损伤的类型）之间的密切关系和互动。

2007年，民政部颁布了《养老护理员国家职业技能标准》，并于2011年修订，规定了至少180个学时的基本认证培训要求，规定必须通过更多的培训才能获得更高级的认证（MOCA，2007，2011）。提供养老服务的正式养老护理员的数量预计将超过30万人，其中有认证的只有不到10万人（China Philanthropy Research Institute，2015）。中国公益研究院还指出，近年来有大约20万名养老护理员接受了养老服务培训——这些数据表明许多接受过培训的人并没有留在该行业。

最近，一些省市开始为接受过专业培训且从事养老服务行业的养老服务工作者进行补贴。例如，2013年江苏省苏州市印发了《居家养老服务体系建设实施意见》的通知，要求当地民政局为养老服务工作者提供免费专业培训，为接受过一定水平的培训且获得证书的专业养老服务人员提供奖励，以及对那些在同一家服务机构工作超过一年的专业养老服务工作者提供工资补贴。辽宁省和天津市也向养老服务工作人员提供工资补贴。

## 7.5 中国养老服务质量保证的未来：前景与挑战

如本章所研究的国家的情况一样，监管应该成为中国养老服务质量保证的主要途径，根据各地的成功经验，逐步建立更加统一的方法。本章讨论的关于质量保证的最新进展大多是在中央政府的总体指导下，由省级政府和市级政府发起的。虽然这种方法推动了创新，并为省市之间学习彼此的经验提供了机会，但各地区间的差异很大，

而且某些地区的标准和执行可能存在不足。更一致和统一的方法可以改善国家质量保证体系，并有助于消除地区间的质量差距。

然而，由于正式长期照护服务在中国仍处于早期发展阶段，非常严格的监管可能并不可取，原因有两个。首先，对于政策制定者而言，严格的监管可能成本过高，从而在财政上不可行或并不受决策者青睐。这在当前以增加供应量和快速建立服务能力为主要目标的政策环境中尤其如此，这似乎会导致质量保证和管理监督的出局（Feng et al., 2011）。其次，它可能会抑制民营部门在该行业进一步发展，产生意想不到的效果。相反，现行监管条例应保持一致性和透明性，这将吸引投资者并促进他们进入养老服务市场。然后，政府可以逐步实施更严格的管理条例和更强的执法力度。

通过对长期照护质量保证方面国际经验进行梳理，我们发现建立一个测量、监测和改善养老服务质量的标准化的信息系统是非常重要的。这种信息基础设施可以为政策制定、质量改进和监管提供一种以实证为基础的方法。它需要定期收集长期照护服务提供者和服务使用者的优质信息。

然而，中国很少有养老服务提供者提供关于养老服务特点及质量的信息，以促进服务质量监测或供消费者基于这些公开的信息进行选择（Feng et al., 2014）。和其他国家一样，首先从机构养老服务提供者及其入住老年人那里收集信息，然后将数据收集扩展到家庭、社区服务提供者以及其客户，这样做可能更加可行。需要制定并实施评估全国（机构、家庭和社区）养老服务提供者的标准化工具。

在美国，所有医疗保险或医疗补助认证的养老院都必须定期上报机构和入住老年人的电子数据。这可以通过统一的年度机构检查调查工具、标准化的入住老年人评估工具以及最小数据集合来实现（版本3.0）。

进一步制定和实施标准化的个人评估工具，定期评估老年人，特别是那些接受养老服务的老年人的功能和其他健康相关情况也将是非常重要的。由民政部颁布的《老年人能力评估》和几个省市采用的类似工具为标准化工具的进一步发展奠定了坚实的基础。2013年，全国老龄办和24个国家政府部门印发了《关于进一步加强老年人优待工作的意见》，要求所有医疗卫生机构为辖区内65岁及以上老年人免费建立健康档案，并且每年至少为他们提供一次免费体格检查和健康指导。这些要求为老年人标准化评估提供了机会，并且可能会产生对质量保证有价值的信息。

为了加快这一进程，中国的政策制定者可能会考虑在一些先进的省份或主要城市开展示范项目，以尝试“简化版的”数据收集过程。从长远来看，开展示范项目的最终目标是建立一个标准化的数据收集过程，让全国各地的长期照护机构与家庭、社区养老服务提供者能够更加方便地使用数据。根据如下所述的两步策略，它可以生成数据以提供给国家社会养老服务信息系统。

- 第一步，启动一个机构层面的数据收集过程会更容易。所有潜在的和现有的参与示范项目的养老服务机构将按照当地政府的規定，定期（如每年一次）上报一些基本的机构层面的信息（如所有权、规模、提供的服务、人员配置水平和组合，以及现入

住人员的基本信息和总体健康状况)。由国家社会养老服务信息系统确保所有关于个体机构的信息可以及时持续地提供给中央政府管理机构和地方监管机构。有了这类信息,政府能够针对最有可能发生问题的少数机构实施有针对性的监测和干预措施,如那些安置病情更重的患者,但员工水平低下的机构(Liu et al., 2014)。实质上,这种有针对性的做法与目前在英国使用的“质量和风险预测”方法一致。

- 第二步,可以启动一个类似的试点方案来测试入住老年人层面的评估工具,以获得入住老年人的功能状况以及养老需求的关键信息。此信息可用于养老规划和质量保证的目的。这一步可以提早实现,因为一些省市已经采用了民政部提出的标准化评估工具。

鉴于养老服务专业人员在提供优质养老服务中的技术和能力的重要性,政策支持养老服务作为一个职业可能会对养老服务质量产生深远影响。除了一些省市采取的补贴养老服务培训和奖励留在该行业的养老服务工作者的政策之外,进一步提高其薪酬(更高的工资和更好的福利)的政策将吸引更多受过更好教育的人进入这个行业。这将改善从事该行业的工作者的社会地位,反过来也会提高行业的声誉,从而为养老服务专业人员的增长创造一个良性循环。

对养老服务产业进行更好的补偿不仅会吸引更多的人接受培训成为养老服务工作者,而且还会吸引更多的医生从事养老服务工作。为了响应《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》(2013年),各省撰写了省级报告,其中有14个省根据省级报告把训练有素的养老服务工作人员的短缺看作是养老服务行业面临的主要问题(China Philanthropy Research Institute, 2015)。特别是,养老机构面临临床医生短缺的挑战,如医务人员、专业护士、社会工作者、营养师、康复治疗师和心理咨询师。家庭和社区服务机构面临着同样的挑战;它们大多只专注于非技术服务,如家政服务和送餐。

最后,中国的政策制定者可以采取更有力的“财政杠杆”,如果能够创造性地使用,那么在服从管理和质量提升方面将能够有效激励服务提供者。对国际经验的研究显示,养老服务的质量保证尤其具有挑战性,因为养老服务的公共融资有限,故而政府没有多少利益或动力来激励和加强风险监管,同时服务提供者几乎没有理由服从政府的要求。因此,中国政府面临的风险越大(养老服务行业日益增长的公共融资),就越需要更高的质量保证和更有效的管理监督。

## 参考文献

- Beijing Municipal Administration of Quality and Technology Supervision (2005). Star-Rating Standard of Institution for The Aged 养老机构星级划分与评定. Beijing Municipal Administration of Quality and Technology Supervision 北京市质量技术监督局. Beijing, China <http://www.bjtsb.gov.cn/UPLOAD/20130220/201322083320422.pdf> Accessed 3-8-2014.

- Castle, N. (2009). "The Nursing Home Compare report card: consumers' use and understanding." *J Aging Soc Policy* 21(2): 187–208.
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2015a). Proposed fiscal year 2016 payment and policy changes for Medicare Skilled Nursing Facilities. <http://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Fact-sheets/2015-Fact-sheets-items/2015-04-15.html> Accessed 5–23–15.
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2015b). State Operations Manual Appendix PP – Guidance to Surveyors for Long Term Care Facilities, [http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/som107ap\\_pp\\_guidelines\\_ltf.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/som107ap_pp_guidelines_ltf.pdf) Accessed 3–16–2014.
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2015c). State Operations Manual Chapter 2 – The Certification Process <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/som107c02.pdf> Accessed 3–16–2014.
- Chen, Q. (2011). 京养老机构开展星级评定分五级最高奖32万元. *Sohu News* <http://news.sohu.com/20110604/n309303595.shtml> Accessed 3–8–2014.
- China Philanthropy Research Institute (2015). The Demand on Elderly Care Service is Large; Policy Improvement and Practice is Urgently Needed ( “老年照护服务需求巨大, 亟待政策完善与行动力” ) <http://www.pubchn.com/news/show.php?itemid=84761> Accessed 5–9–2015.
- China Society News (2010). Promote the Development of Elderly Service Industry by Informatization– Introduction to Contruction Project of National Social Elderly Service Information System 冯晓丽: ( “以信息化带动养老服务业发展——《国家社会养老服务信息系统建设项目》介绍” ). *China Society News* <http://shfl.mca.gov.cn/article/xgbd/201011/20101100115932.shtml> Accessed 5–9–2015.
- Chinanews (2012). Beijing Selects Five–Star Elderly Care Institute for the First Time, The Winners Are Given 320,000 RMB as Bonus ( “北京评选首批五星级养老院 获奖金32万元” ). *Chinanews* <http://www.chinanews.com/sh/2012/10-23/4270838.shtml> Accessed 3–8–2014.
- Commission for Social Care Inspection (2009). Commission for Social Care Inspection Annual Report and Accounts 2008–09. Care Quality Commission (CQC). London, United Kingdom [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/250486/0664.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/250486/0664.pdf) Accessed 3–8–2014.
- Donabedian, A. (2005). "Evaluating the Quality of Medical Care." *Milbank Q* 83(4): 691–729.
- Feng, Z., X. Guan, X. Feng, C. Liu, H. Zhan and V. Mor (2014). Long–term care in China: Reining in market forces through regulatory oversight. . *Regulating long term care quality: An international comparison*. V. Mor, T. Leone and A. Maresso. Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press.
- Feng, Z., H. J. Zhan, X. Feng, C. Liu, M. Sun and V. Mor (2011). "An industry in the making: the emergence of institutional elder care in urban china." *J Am Geriatr Soc* 59(4): 738–744.
- Garms–Homolova, V. and R. Busse (2014). Monitoring the Quality of Long–Term care in Germany. *Regulating Long–Term Care Quality—An International Comparison*. V. Mor, T. Leone and A. Maresso. Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press.
- Gray, L., D. Cullen and H. Lomas (2014). Regulating Long–Term Care Quality in Australia. *Regulating Long–Term Care Quality—An International Comparison*. V. Mor, T. Leone and A. Maresso. Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press.
- Ikegami, N., T. Ishibashi and T. Amano (2014). Japan's Long–Term Care Regulations Focused on Structure— Rationale and Future Prospects. *Regulating long term care quality: An international comparison*. V. Mor, T. Leone and A. Maresso. Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press.
- Liu, C., Z. Feng and V. Mor (2014). "Case–mix and quality indicators in chinese elder care homes: are there differences between government–owned and private–sector facilities?" *J Am Geriatr Soc* 62(2): 371–377.

- Malley, J., J. Holder, R. Dodgson and S. Booth (2014). *Regulating the Quality and Safety of Long-Term Care in England. Regulating long term care quality: An international comparison.* V. Mor, T. Leone and A. Maresso. Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press.
- Miller, S., J. Looze, R. Shield, M. Clark, M. Lepore, D. Tyler, S. Sterns and V. Mor (2013). "Culture Change Practice in U.S. Nursing Homes: Prevalence and Variation by State Medicaid Reimbursement Policies" *The Gerontologist* 54(3): 434-445.
- MOCA ( (Ministry of Civil Affairs of the PRC). 2007. National Professional Standards for Senior Care Caregivers 养老护理员国家职业标准 (accessed May 9, 2015). <http://fss.mca.gov.cn/article/ywbz/200712/20071200005097.shtml>.
- . 2011. National Professional Standards for Senior Care Caregivers 2011 养老护理员国家职业标准 2011 年版 (accessed May 9, 2015), <http://www.sdmz.gov.cn/articles/ch00237/201210/376eaf1e-2b1b-47ed-b121-03bc24186160.htm>.
- . 2013. Ability Assessment for Older Adults ( "老年人能力评估" ) ( accessed March 8, 2014). <http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/tzl/201306/20130600473269.shtml>.
- Mollica, R., K. Sims-Kastelein and J. O' Keeffe (2007). *Residential Care and Assisted Living Compendium: 2007* <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2007/07alcom.pdf> Accessed 5-20-15.
- OECD/European Union (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, OECD Health Policy Studies.* Paris, France, OECD Publishing.
- PHI. (No date). "Quality Care Through Quality Jobs." Retrieved 5-22-15, from <http://phinational.org/policy/issues/training-credentialing/training-requirements-state/personal-care-aide-training>.
- Rabig, J., W. Thomas, R. Kane, L. Cutler and S. McAlilly (2006). "Radical redesign of nursing homes: applying the green house concept in Tupelo, Mississippi." *The Gerontologist* 46(4): 533-539.
- Stevenson, D. and J. Bramson (2014). *Regulation of long-term care in the United States. Regulating long term care quality: An international comparison.* V. Mor, T. Leone and A. Maresso. Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press.
- Thomas, W. (2003). *Evolution of Eden. Culture Change in Long-Term Care.* A. S. Weiner and J. L. Ronch. New York, United States, Hawthorn Press.
- Totten AM, Wagner J, Tiwari A, O' Haire C, Griffin J and W. M. (2012). *Public Reporting as a Quality Improvement Strategy. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science.* Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality <http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/search-for-guides-reviews-and-reports/?pageaction=displayproduct&productID=1198>.
- Werner, R., R. Konetzka and G. Kruse (2009). "Impact of public reporting on unreported quality of care." *Health Services Research* 44(2 Pt 1): 379-398.
- Werner, R., R. Konetzka and D. Polsky (2013). "The Effect Of Pay-For-Performance In Nursing Homes: Evidence From State Medicaid Programs." *Health Services Research* 48(4): 1393-1414.
- White, A., A. Laberge, E. Axelrod and A. Edwards (2013). *Implementation of Nursing Home Value Based Purchasing Demonstration - Year 2 Experience.* AcademyHealth Annual Research Meeting, Baltimore, MD.
- Wiener, J., J. Tilly, A. Howe, C. Doyle, A. Cuellar, J. Campbell and N. Ikegami (2007). *Quality Assurance for Long-Term Care: The Experiences of England, Australia, Germany and Japan.* Prepared for American Association of Retired Persons.
- Wiener, J. M. (2011). *Long-term care financing, service delivery and quality assurance: The international experience.* Handbook of Aging and the Social Sciences. R. Binstock and L. George. London, United Kingdom, Elsevier.

- Wiener, J. M., M. P. Freiman and D. Brown (2007). Strategies for improving the quality of long-term care. Washington, DC, National Commission for Quality Long-Term Care [http://www.newschool.edu/lccc/pdf/NCQLTC\\_QualityReport\\_RTI\\_Final.pdf](http://www.newschool.edu/lccc/pdf/NCQLTC_QualityReport_RTI_Final.pdf).
- Xinhua Net (2013). Retiree entertainment center arson kills 2 in E China. Xinhua [http://usa.chinadaily.com.cn/china/2013-07/28/content\\_16842715.htm](http://usa.chinadaily.com.cn/china/2013-07/28/content_16842715.htm) Accessed 3-8-2014.
- Yip, W., T. Powell-Jackson, W. Chen, M. Hu, E. Fe, M. Hu, W. Jian, M. Lu, W. Han and W. Hsiao (2014). "Capitation Combined With Pay-For-Performance Improves Antibiotic Prescribing Practices In Rural China." *Health Affairs* 33(3): 502-510.
- Zhu, H. (2012). "Private Organizations and Home and Community Based Aged Care—Examples from Shanghai and Hangzhou 民营机构介入社区老年照护服务的经验研究." *Journal of Zhejiang Shuren University: Humanities and Social Science*(3): 1671-2714.



## 第8章

# 长期照护服务及其与医疗卫生服务之间的协调

刘畅<sup>1</sup>

2015年11月，中国中央政府发布了医疗卫生和社会养老服务一体化的国家指导方针。该指导方针设定了一个宏伟目标，在2020年之前要让所有养老服务机构都能够提供医疗卫生服务。这引起了一系列问题：中国如何从大多数养老服务机构几乎没有医疗服务的现状过渡到协调综合的养老服务系统？在融资、劳动力开发和系统工程方面存在哪些主要挑战？即使在长期照护服务体系完善的国家，服务的分散和服务提供者之间缺乏协调仍然是常见的问题。

本章的重点是长期照护服务行业内部以及医疗卫生和长期照护服务之间的服务协调与整合。首先，介绍了养老服务协调的概念以及国际经验。然后，讨论了中国在建设养老服务一体化体系早期发展阶段，特别是在长期照护服务行业，所面临的主要挑战和局限。

## 8.1 什么是养老服务协调——一体化护理服务系统的特点

根据美国卫生健康研究与质量机构（AHRQ），养老服务协调被定义为“有计划地组织患者的照护服务活动，并在所有与患者照护相关的参与者之间共享信息，以实现更安全、更有效的养老服务”。对于初级护理和养老服务实践来说，这意味着“患者的需求和偏好都事先已知，在正确的时间和正确的人进行沟通，并且这些信息用来为患者提供安全、合理、有效的养老服务”（U.S. Department of Health and Human Services, 2015）。

---

<sup>1</sup> 刘畅，艾社康健康咨询有限公司（ACCESS Health International）东亚和东南亚地区常务董事、杜克—新加坡国立医学研究生院助理教授。



一体化养老服务和连续性养老服务的概念与养老服务协调密切相关 (Armitage et al., 2009; Shaw, Rosen and Rumbold, 2011)。世界卫生组织 (WHO) 将一体化养老服务定义为“将与诊断、治疗、照护、康复和健康促进相关的服务投入、服务交付、服务管理和组织整合到一起的概念” (WHO, 2012)。至少有两个级别的一体化服务：全体人口的一体化医疗卫生 (宏观层面的一体化)，以及在照护团队涉及两个或更多参与者的情况下个体患者的协调照护 (微观层面的一体化) (Pike and Mongan, 2014)。养老服务协调和一体化是实现以患者为中心的照护，在可及性、质量、用户满意度和效率方面提升服务。养老服务的连续性可以通过三个维度来定义：(1) 信息化 (通过信息交换)；(2) 管理 (根据需要，为身处不同照护环境的患者提供一致的、贴切的照护)；(3) 关系 (确保在不同的医疗环境中保持必要的服务提供者与患者的关系)。

Curry 和 Ham (2010) 定义了宏观层面一体化医疗卫生系统的 9 个特征 (专栏 8.1)。这些特征与围绕临床服务、组织、金融、信息和通信技术以及规范等广泛的综合过程相关。

---

### 专栏 8.1 一体化养老服务体系的特点

- 全科医生和专家一起工作来提供一体化养老服务的多功能医疗小组
- 采取一致的财政激励措施，避免按服务收费报销的负面影响，鼓励资源的谨慎使用，促进质量提升

- 支持提供一体化养老服务的信息技术，特别是通过电子病历和临床决策支持系统的使用
- 运用政策方针来促进最佳实践，并减少养老服务中不必要的变化
- 通过使用数据提高质量的绩效责任制，通过公开报告向利益相关者负责
- 随着时间的推移，能使医生和更广泛的医疗团队与“注册”人群逐步建立关系的特定人群
- 将医疗卫生专业人员的临床技能和管理人员的组织能力联系起来的医生与管理伙伴关系
- 各级的有效领导，注重持续的质量改进
- 强调团队合作和提供以患者为中心的养老服务的协作文化

资料来源：Curry and Ham, 2010.

---

## 8.2 老年人口的养老服务协调

### 8.2.1 养老服务协调的必要性

人口老龄化是全世界重塑医疗卫生体系的主要驱动力之一。由于老年人通常患有多种疾病，加之身体孱弱，使得老年人的情况比较复杂，需要针对各种不同医疗卫生和社会服务环境的以及专科医生的治疗和照护 (Leichsenring, 2004)。确保老年人医疗卫生和长期照护服务的协调性和连续性是十分必要的，因为它可以提高养老服务质量

和患者的体验，同时更具成本效益，如下文所述。

第一，养老服务协调可以提高养老服务质量。在社区提供过渡性长期照护服务，以及促进初级照护和预防性护理服务对于适当的疾病管理而言是必要的。有时候老年人需要专门的照护，如果无法得到及时的治疗，可能会导致不必要的后果，如住院时间延长或生活质量恶化。养老服务的分散——无论是初级、中级，还是社会层面——都会对有复杂需求的老年人的养老服务产生不利影响，会严重妨碍急诊医院以外的医疗机构恰当地治疗患者（Spoorenberg et al., 2013）。有必要把医疗卫生和社会服务进行整合，从而减少导致服务差距的服务分散，并且通过以患者为中心的协调服务体系来取代分散的服务。养老服务协调计划已被证明对健康结果（包括生活质量、独立性、功能性和总体幸福感），患者的满意度以及用户体验产生了积极的影响。

第二，养老服务协调可以提高老年人及其照顾者的生活质量。照顾老年人是一件压力巨大的事情，因为它通常涉及多个医护人员和照护地点的安排，并且还会持续很长一段时间。独居老人的数量正在增加，而非正式照护人员的数量正在减少。即使有家庭成员来照顾老年人，但他们也可能无法投入那么多的时间和资源来照顾老人。这意味着养老服务需求和照护人员的压力都在增加（Coyte, Goodwin and Laporte, 2008）。养老服务协调能够促进更安全、更有效的照护，可以减轻照护人员的压力，并改善老年人、家庭照护人员和专业服务提供者之间的沟通。根据经验，Curry和Ham（2010）的报告用证据证明，养老服务协调有益于个体服务使用者和照护人员，特别是在几种不同的方法一起使用的时候，这种效果更为突出。

第三，服务协调一体化可以缓解急诊医院的压力，并降低用于公共资源的财务费用。在美国，大约20%的医保患者在出院后的一个月内会再次入院（Rennke, Nguyen and Shoeb, 2013）。在新加坡和其他许多亚洲国家，占总人口比例不到10%或15%的老年人占据了大约40%的病床，甚至更多。这些住院治疗中的大部分是可以预防的，但是由于家里缺乏照顾人员或缺乏可以托付老年人的适当机构，患者无法出院的情况十分常见。这些可避免的住院治疗给当前以医院为中心的医疗卫生体系造成了非常大的压力，导致医疗卫生支出大幅增长。更好的协调照护可以让老人得到及时的治疗，从而避免不必要的住院或其他不良事件，并提高医疗卫生体系的效率。

### 8.2.2 养老服务中协调服务的挑战

Nolte和McKee（2008）描述了目标人群的需求水平和理想类型，以及养老服务一体化强度之间的关系。对于那些更可能有长期严重不稳定情况的养老服务用户而言，“一个将所有服务责任、资源和资金纳入管理结构或者通过不同组织之间的合作协议将其整合在一起的一体化系统”将是非常有益的。

虽然养老服务需要最高水平的整合，但是许多国家的医疗卫生体系和长期照护服务系统面临的共同挑战是缺乏在长期照护服务内部，以及急诊医疗服务和长期照护服

务之间不同方案或环境中的各种服务的整合。对于两种服务都需要的老年人来说，这会造成养老服务的分散。一个主要原因是，在大多数国家，长期照护服务的供给和监管与医疗卫生体系是分离的，尽管这个界线并不总是非常明确（King's Fund, 2014）。例如，在中国，长期照护服务的主要监管机构是民政部，而医疗卫生服务则归国家卫生和计划生育委员会监管。

对于养老融资而言，方案、服务和长期照护服务接收人福利的分散会导致不合理的激励措施，如付款人和服务提供者之间的成本转嫁。它还会增加个人和社会的成本。在提供公共长期照护服务保险的少数国家（德国、日本和韩国）中，长期照护服务保险与医疗保险制度是分开运作的。

## 8.3 养老服务一体化进程与国际经验

### 8.3.1 一体化进程

不同种类的服务整合通常相当复杂。第一，要有服务和人力资源。第二，这些服务必须能够通过物理的和信息的链接以及财政激励，以某种方式联系起来。第三，系统规范的目标和价值观是必要的，这样才可以实现重要的系统工程。协调社会照护和医疗卫生服务则更具挑战性，二者通常有完全不同的监管框架，隶属于不同的组织，由不同的专业人士提供，并且使用不同的融资和支付模式。

之前公布的研究描述了医疗卫生和社会照护服务一体化的一般性指导方针。在宏观层面上，纳菲尔德信托基金、国王基金、欧洲医疗卫生体系观测站以及加拿大政策研究网络都确定了一体化进程中相同的主要类别（见专栏8.2）和类似的主要方法——通过合并系统，共享临床标准或价值观，或将结构、服务以及某些功能结合起来（Nolte and McKee, 2008; Curry and Ham, 2010; Shaw, Rosen and Rumbold, 2011; Pike and Mongan, 2014）。

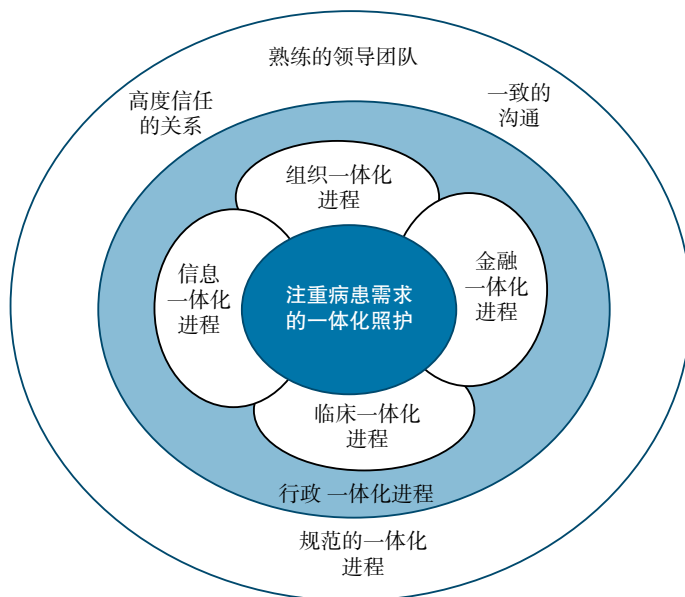
---

#### 专栏 8.2 养老服务一体化进程的六个范畴

1. 系统方面——协调和调整政策/规范和监管框架
  2. 组织方面——不同组织之间的协调结构、治理系统和关系
  3. 临床/服务方面——如何协调照护服务
  4. 信息方面——支持不同照护环境的实践活动的临床和管理信息系统
  5. 财务方面——参与组织之间适当的预算和支付系统
  6. 规范方面——系统内部任务、工作价值观等方面的共享程度
-

纳菲尔德信托基金的报告还发现了组织、临床、信息与金融一体化进程之间的互动。治理安排、财政激励和临床信息之间的相互作用尤为显著（见图8.1）。

图8.1 六个一体化进程之间的相互作用



在微观层面上，在协调对个体患者的照护时，“以人为本”甚至比结构、组织或途径更为重要。“体验”维度需要得到与质量和成本效益维度同等的关注（Frontier Economics, 2012）。

为了实现宏观和微观层面的养老服务一体化，在将一般性指导方针转化为具体实践的过程中，通常摆在第一位的是规范一体化任务和“以人为本”。同时，还需要强有力的领导、一致的沟通和非常实用的操作程序。

### 8.3.2 国际经验与案例研究

大多数经合组织国家已经制定了协调任务或指定了指导责任，通过养老服务过程来引导用户，其中包含不同范畴的养老服务一体化进程（OECD, 2011）：

- 系统方面：启动国家机制或中央设置的规则或指导方针（如挪威、英国、美国）；
- 组织方面：使用养老服务协调专用的治理结构（如比利时、法国、新加坡、日本）；
- 临床/服务方面：将养老服务协调职责分配给服务提供者（如澳大利亚、法国、瑞典）或养老服务管理者（如日本、德国、丹麦、英国）；
- 信息方面：为个人提供单点访问长期照护服务信息的机制（网站或机构）（如加

拿大、新加坡)；

- 财务方面：参与组织之间支付系统的协调(如美国《平价医疗法案》)。

本节简要介绍了长期照护服务内部或长期照护服务和医疗卫生服务之间的照护协调的相关国际案例，以养老服务一体化进程的六个范畴作为这些案例研究的框架。

### 美国（医疗保险制度和医疗补助计划）

在美国，联邦医疗保险制度计划为65岁及以上的老年人或一定程度失能的年轻人提供健康保险（包括住院保险、医疗保险和处方药保险），涵盖了养老院和家庭保健机构有限的后续医疗保健服务。虽然各州的保险项目各不相同，但是医疗补助计划是联邦政府和州政府联合资助低收入人群的家计审查保险计划，涵盖了广泛的长期照护服务（Grabowski, 2007, 2012）。对于具有双重资格的个人，医疗保险制度用来支付急性照护服务，而医疗补助计划则用来支付长期照护服务。

对于低收入老年人或符合条件的失能人士，医疗和社会服务都由政府报销。然而，由于不同的支付方案造成了不合理的激励，这些服务并没有得到很好的融合。在过去，美国的医疗卫生服务提供者和长期照护服务提供者并不需要协调他们的工作。根据《平价医疗法案》，为给这部分群体降低成本和提高照护协调，若干“一体化”干预措施建议如下所述（见表8.1）。

表8.1 医疗保险制度和医疗补助计划“一体化”干预措施(美国)

系统方面	《平价医疗法案》
组织方面	根据《平价医疗法案》，设立一个新的、专门调整两个保险计划的新的医疗保险制度—医疗补助计划协调办公室
临床/服务方面	联邦管理的照护措施：社会健康维护组织(S/HMO)、综合性老年健康照护计划(PACE)；有特殊需求的医疗保险优势计划(SNPs)，如永护计划；责任医疗组织(ACOs)
信息方面	—
财务方面	建立新的医疗保险制度—医疗救助计划协调办公室；责任医疗组织(ACOs)
规范方面	—

注：—表示不适用。

《平价医疗法案》的一个重要特征是建立责任医疗组织(ACOs)。这是组织结构和养老服务模式的一个重要转变，旨在改善广泛的医疗服务提供者之间的照护协调，使患者受益，并最大限度地提高效率。它还为服务提供者与私人保险公司的合作提供财政支持，重点针对慢性疾病预防，能够改善养老服务人员之间的转换，避免不必要的二次入院。根据新的报销模式，服务提供者将分摊通过消除不必要的开支和提高质量所获得的结余资金(OECD, 2011)。

## 美国（退伍军人健康管理局——VA）

退伍军人健康管理局（VA）雇用医生，拥有并经营医院和医疗机构，并在联邦政府分配的预算内管理服务。退伍军人健康管理局主要针对通常有复杂需求的老年人，其系统设置有益于明确界定患者群体，并且有强大的组织结构来监督该地区不同种类的服务。为患者提供综合养老服务的强势文化，由最好的一体化医疗卫生信息技术系统提供测量和报告，以及按人头付费的模式都是为民众提供协调的医疗卫生和社会照护的关键因素（见表8.2）。

**表8.2 退伍军人健康管理局(美国)**

系统方面	由基于区域的综合服务网络组成，而不是以医院为中心的不协调系统
组织方面	21个网络，针对所有照护环境的资源，每个网络都有各自的职责，网络管理人员通过严格的问责制结构和性能方案管理并负责
临床/服务方面	引进以患者为中心的照护协调，寻求合理统一的服务并确保在患者需要时能够提供照护服务
信息方面	对信息技术的投资实现了有效的数据共享；通过传播循证指南、决策支持工具和医生提醒，促进了一致的优质照护
财务方面	每个网络的资源按人头分配
规范方面	建立了强大的衡量和报告文化，可以对区域网络进行比较

资料来源：Curry and Ham, 2010.

## 英国

在英国，长期照护服务协调主要发生在法规实施到位的国家层面。根据每个社区的需要，地方政府也在改善和谋求新的发展。

成立于2005年的英格兰托贝保健信托与托贝议会签订合同，为地方议会提供所有社会服务功能。其目标是促进老年人医疗卫生服务和社会照护服务的整合与协调，其目标人群是需要社区养老服务人员和一体化团队密集支持的高危人员。如表8.3所示，托贝保健信托运用大多数关键流程为其所面向的人群创建协调服务。

在对资源利用进行前后比较以及和其他领域进行比较的正式评估研究中，托贝在该地区的医院病床使用率最低，住院时间最短。选择养老机构和疗养院的人数有所减少，而选择居家养老服务的人数则有所增加。

## 挪威

挪威政府出台了改善长期照护服务协调的政策建议，包括更好地确定优先事项，注重早期干预，改变融资体系，发展专科医疗卫生服务，并为长期照护服务专业引进新的信息技术和教育。

具体而言，为了促进患者的广泛参与，提高养老服务的效率和质量（包括医疗的

表 8.3 托贝保健信托(英国)

系统方面	—
组织方面	区域或地方组织的五个一体化医疗卫生和社会养老服务团队与一般实践做法相一致
临床/服务方面	五个团队中的每一个成员之间都是并列关系，有各自的管理人员和联络点，并使用各自的评估过程
信息方面	任何参与患者照护的专业人员都可以查看病人的照护记录，这有助于协调彼此之间的照护
财务方面	合并医疗卫生和社会养老服务预算用于委托购买服务使用者所需的任何服务，为服务使用者提供一揽子服务
规范方面	所有团队的焦点都是了解其人口状况，并与全科医生合作，积极地为最脆弱群体提供照护服务

注：—表示不适用。

资料来源：Thistlethwaite, 2011.

和社会的)，挪威政府推出了一项关于个体有权享有个人养老服务计划的法律（见表 8.4）。从国家层面讲，这可以使患者获得属于自己的个性化养老服务计划，并由医疗卫生专业人员负责管理和协调。该法律旨在改善那些条件困难患者的养老服务连续性问题，因此通常涉及患有并发症的人员、老年患者或严重精神疾病患者。

表 8.4 个人养老计划(挪威)

系统方面	个体有权享有个人养老服务计划的法律
组织方面	—
临床/服务方面	该计划的创建是通过涉及患者及其社会和医疗服务提供者的协作过程，并且还可能涉及其他关键个体
信息方面	—
财务方面	—
规范方面	—

注：—表示不适用。

资料来源：Bjerkan et al., 2011.

## 瑞典

在瑞典，县议会负责综合医院、初级医疗卫生和精神科照护，而养老服务的职责则从县议会移交给了市政府。不同的管理和预算给协调医疗卫生和社会养老服务带来了挑战。20世纪80年代，瑞典推出了“养老服务链”，其目的是促进县议会的医疗卫生服务和市政府的社会服务的一体化（见表8.5）。“养老服务链”被定义为“是一个医疗卫生一体化和协作的概念，其中包括为特定地理区域的特定患者群体提供的所有服务”，旨在改善医疗卫生专业人员和社会工作者之间的协作。

表 8.5 养老服务链(瑞典)

系统方面	—
组织方面	“协调网络”中,各方的财务和临床职责相互独立,通常没有规定活动执行的约束性协议;“养老服务链”涉及县议会区域内特定患者群体的多个主管部门和医疗机构
临床/服务方面	养老服务链基于循证医疗卫生和临床指南,即在县议会区域内不同的医疗卫生服务提供者之间签订的关于医疗卫生工作分配的协议
信息方面	—
财务方面	—
规范方面	养老服务链已成为当地医疗卫生保健的基石,同时也因植根于这样一个一体化背景当中而受益

注:—表示不适用。

资料来源: Ahgren, 2003; Karlberg, 2008; Ahgren and Axelsson, 2011.

近年来,瑞典政府已经建立了一个安全养老连续统一体,特别适用于有复杂健康问题和巨大需求的老年人。由于这个弱势老年群体是长期照护服务的主要用户,因此将这一群体设为目标群体是具有成本效益的战略的关键因素。

## 芬兰

芬兰社会服务的主要提供者是市政府,同时地方性的私人居家养老服务提供者也为一小部分人口提供服务。现在,他们为医疗条件差的老年人提供服务可以享受税收减免。一般情况下,老年人同时需要公共和私人居家养老服务提供者,这样才能获得他们所需的所有养老服务。芬兰坦佩雷市发起了一项名为“Kotitori”的计划(译为“家庭市场”),作为老年人公共和私人居家养老服务一体化的模式(见表8.6)。

表 8.6 家庭市场(芬兰)

系统方面	—
组织方面	建立一个连接公共和私人居家养老服务提供者的枢纽,作为老年人及其配偶的无障碍一站式服务平台,以便清楚了解可用的选择
临床/服务方面	老年人在选择最合适的居家养老服务时可以得到家庭市场病例管理人员的协助
信息方面	家庭市场;区域卫生信息交换系统(RHIE)
财务方面	—
规范方面	保证老年人可以根据他们的需求获得个性化的养老服务套餐,而不是标准化的养老服务套餐

注:—表示不适用。

资料来源: Tynkkynen et al., 2012; Hyppönen et al., 2013.

## 新加坡

个人责任和家庭孝敬的美德在新加坡国民健康计划的落实中有着十分重要的作用。



政府制定的政策提倡的是个人的自我照料。到目前为止，急诊照护医院受到最大的关注，而养老院、社区医院和养老机构等医疗卫生设施已被置于私人 and 志愿福利机构的职权范围之内。

随着人们意识到人口正在迅速老龄化，以及整合养老服务和持续性养老服务对于确保优质养老服务供给至关重要，政府已经在这方面实施了多项措施。虽然急诊医院照护服务仍然是医疗卫生体系最重要的组成部分，但随着人口老龄化的日益加剧，养老服务需求的不断增加使得目前以医院为中心的模式变得不可持续。目前，新加坡所有六家公立医院集团全部在系统地向区域医疗卫生体系模式转型，以更好地将各种服务融合在一起，如表 8.7 所示。

正如表 8.7 所展示的，新加坡的一体化养老服务机构（AIC）始建于 2009 年，旨在实现以患者为中心的初级、中期和长期照护服务一体化。该机构在所有层面上运行，包括患者、服务提供者和系统层面。它使得各级服务提供者能够代表患者协调工作。该机构为患者及其家属提供适当的医疗卫生服务，并帮助他们合理使用系统。该机构目前正在解决慢性病患者出院后的后续治疗问题。此外，该机构的其中一项主要举措是扩大和提高社区层面的医疗卫生能力。

表 8.7 区域医疗卫生体系和一体化养老服务机构（新加坡）

系统方面	一体化养老服务机构成立于 2009 年，旨在实现以患者为中心的初级、中期和长期照护服务一体化
组织方面	在区域医疗卫生体系（RHS）模式下，医院将与社区医院、养老院、全科医生和居家养老服务提供者等其他医疗卫生服务提供者密切合作
临床/服务方面	区域性医院正在与养老服务协调员一起制定养老服务协调计划，以便与养老服务范畴内的其他医疗卫生机构建立联系
信息方面	AIC；该机构维护运营一个名为“银页”的网站，作为养老服务的综合信息枢纽
财务方面	—
规范方面	—

注：—表示不适用。

资料来源：Haseltine, 2013; Liu and Haseltine, 2014; Liu, Bhasker and Haseltine, 2014.

一体化养老服务的另一个重要作用是确保老年人和失能人士的医疗卫生和社会养老服务一体化。该机构负责协调和促进将患病老人安置在养老院、日间康复中心和长期照护服务机构，与社区服务提供者进行协调，以及通过居家养老服务管理转介来促进居家养老服务。该机构还积极帮助“弱势”群体申请财政补助。相关资金来源由卫生部和一体化养老服务机构汇总并管理。

目前，可为医疗卫生和社会养老服务提供者提供特殊补助，以便他们共同努力并尝试新的解决方案。政策制定者也在考虑捆绑支付模式或人头付款模式。

## 日本和泰国

日本政府试图融合长期照护服务和医疗卫生服务，以社区养老服务为重点。长期照护服务必须将全科医生的评估作为分诊流程的一部分。长期照护服务和医疗卫生服务有每月最大自费支付上限，同时长期照护服务和医疗卫生服务相结合的那些高额自费支出也有另一个上限（OECD，2011）。

泰国也试行了医疗卫生和社会养老服务一体化的服务模式：“曼谷模式”和老年人“社区医疗卫生和社会福利一体化服务”。这些试行方案涉及地方政府、志愿者和老年人之间的合作。另一个试点方案是26家地方医院针对居家老人的“居家养老服务”，提供的服务包括健康促进、治疗和康复。

### 8.3.3 成功系统的特点

Alltimes等（2010）对英国的患者、养老服务人员、委托人和服务提供者进行了采访，并描述了一个成功的一体化系统应当具备的特点（见专栏8.3）。它强调微观层面一体化的重要性，即提供以患者为中心的服务系统，以及提高患者和养老服务人员经验的重要性。虽然系统、组织、临床、信息、财务和规范等方面的措施至关重要，但一个成功的协调系统的最终衡量标准始终还是患者经验和成果。

---

#### 专栏 8.3 成功的一体化系统的特点

- 围绕人而非途径进行一体化整合只有在改善个人经验和成果时才有价值。
- 患者和医护人员是一体化的关键——患者和医护人员往往是对一体化热情最高的拥护者和最有效的交付代理人。
- 患者和社区是解决方案中的一部分——需要支持当地社区设计并提供自己的解决方案来满足当地的需求。当社区有权充分利用自己的资源时，它们可以提供高度创新的解决方案，以弥补现有服务的差距，从而减少不平等现象的发生，使更多的人就近获得养老服务。
- 使养老服务变得更易获得和更易协调——从患者的角度来看，获得优质养老服务的最大障碍是使用医疗卫生和社会养老服务系统以及协调多种不同服务的挑战。信息是推动一体化的关键因素——在养老服务过程中，每个人都能获得关于患者需求和养老服务的全面且准确的信息，包括患者本人在内。

资料来源：Alltimes，2012。

---

## 8.4 中国医疗卫生服务与长期养老服务系统的协调

中国的老龄化速度前所未有。老年人口数量的日益增长将导致有更多的患上慢性疾病——糖尿病、心血管疾病、帕金森病、老年痴呆症以及其他疾病——的人需要持

续治疗和照顾。需要机构和社区环境中不同类型的养老服务机构提供越来越多的康复照护、中期和长期照护服务，以及姑息治疗。需要更多的医疗卫生专业人员和专职医护人员的支持。此外，这将给老年人的家庭和社会带来巨大的经济和情感压力。

中国的医疗卫生系统主要侧重于那些医院里的偶发性急性疾病的治疗，不适合老年人。目前，长期照护服务和社会服务仍处于早期发展阶段，而医疗卫生体系正在经历一场重大变革。为了实现养老服务系统更优质的服务和更好的效益，需要解决长期照护服务内部及其与医疗卫生服务之间的服务协调的巨大差距。

#### 8.4.1 加强初级医疗卫生服务和养老服务一体化

养老服务一体化概念的基础是初级医疗卫生服务是协调各种功能的强大驱动力，包括把关控制。经合组织近期的经验表明，新兴的交付模式把大部分重心放在初级医疗卫生服务上（作为“看门人”和“案例管理人员”），界定了服务提供者、专业门诊和日间手术治疗之间的联系，从而减少对住院床位的需求。国际趋势是将目前医院提供的服务转移到以社区为基础的门诊中心或远程医疗诊所。信息和通信技术的迅速发展加快了这一趋势。前文中所描述的许多模式的重心（如美国、英国、瑞典、新加坡、挪威和日本的情况）都集中在人口老龄化上。

养老服务的连续性是协调服务的主要宗旨，在中国还处于起步阶段，而且确保健康状况得到最合适和最具成本效益的管理的交叉转诊仍非常有限。医院之间的收入竞争几乎没有为协调与初级医疗卫生单位或其他医院的养老服务提供激励措施，从而导致缺乏转诊和后续照护等“解体”行为。初级医疗卫生服务被公认为质量较差，这也导致患者到医院寻求治疗。

2009年，中国政府启动了一项全国性的医疗改革计划，致力于显著提高卫生支出，其目标是在2020年前为所有人提供平价、公平、有效的医疗卫生服务。2003年，医疗保险仅覆盖了约55%的城镇人口和21%的农村人口，截至2011年，城乡医疗保险覆盖率分别飙升至89%和97.5%。政府对医疗保险的补贴大幅增加，减少了自费支出，而自费支出是导致贫困的主要原因。社会福利也逐步扩大。针对农村人口的新型农村合作医疗计划（新农合）已经发展得越来越全面，逐步覆盖了门诊，同时还涵盖了特定疾病的保险项目（如某些癌症、糖尿病、血友病）。

医疗卫生改革也是将医疗卫生服务系统从目前的以医院为中心的模式重新调整为各级医疗卫生机构管理各自的医疗卫生服务的模式，初级医疗卫生服务提供者在服务协调中发挥着关键作用。医疗卫生改革的三个关键因素包括：重新定位交付系统，更加重视初级医疗卫生服务和预防性养老；改革医疗融资和激励制度；深化医院体制改革。鉴于人口老龄化以及慢性疾病负担和服务需求的日益增加，有必要进行这样的改革。如果这些改革取得成功，将有助于中国采取协调一致的方式来提供医疗卫生服务。

目前，地方试点计划正在开发和测试一体化养老服务模式的创新模式。例如，“医

院—社区医疗卫生中心联盟”模式建立了公立医院与初级医疗卫生机构之间的合作机制。该模式已在中国几大省市试行，包括北京、深圳、浙江和武汉（一些著名的案例包括北京朝阳医院医疗联盟、镇江康复医院集团）。该模式的目标是通过更好地协调和明确医院与医院—社区医疗卫生中心之间的责任划分，实现更有效的服务。2012年，成都市政府进行了一个“物联网门诊项目”试点，重点推出专科门诊，让城市居民可以方便快捷地获得专科门诊照护服务。这种服务提供模式为寻求医院门诊治疗服务的患者提供了替代方案，并且通过为患者提供更加灵敏和更具成本效益的门诊照护服务，从而提高社区医疗卫生系统的能力。

养老服务有两个要素：健康和社会，这两个因素都是确保为老年人提供一体化养老服务的重要因素。医疗一体化是中国面临的一个巨大挑战，除了要克服这一挑战之外，决策者还需要考虑多增加一层整合：与社会养老服务的整合。为了保持平价且可持续性，养老服务的发展应密切配合正在进行的改革，以塑造医疗服务的供给和使用。相反，医疗卫生改革应考虑以下问题：预期的人口结构变化和日益加剧的人口老龄化将导致对医疗卫生服务需求的增多。

#### 8.4.2 与医疗服务相互作用或医疗服务的纵向一体化

纵向一体化是指不同层次的医疗服务，如医院、长期照护服务机构、康复和社区组织共同为所有医疗卫生和社会养老服务创建一个基于特定地理区域的单一系统（Kodner and Spreuwenberg, 2002; Nolte and McKee, 2008）。

为了促进纵向一体化，2015年中国中央政府发布了推进医疗卫生与养老服务相结合政府指导方针。该指导方针的重点任务包括：建立健全医疗卫生机构和养老机构合作机制，支持养老机构开展医疗服务，推动医疗卫生服务延伸至社区和家庭，鼓励社会力量兴办医养结合机构，鼓励医疗卫生机构和养老服务融合发展，实施税收优惠政策和土地政策来促进该部门的发展，加强队伍建设。

在国家层面上，实现政策方针中所描述的目标将会面临许多系统性和操作性挑战。例如，一个主要问题是大多数养老服务机构目前都不提供医疗卫生服务。修建基础设施和提供必要的设备可能并不困难，但是寻找并留住合格的医疗卫生专业人员（医师和非医师从业人员）将会是一个挑战。在缺乏实质性的财务激励和职业晋升机会的情况下，将医疗卫生专业人员转移到非医院机构仍然是非常困难的。另一个挑战是融资和监管：目前，社会和医疗卫生服务一般由不同的政府职能和不同的保险/公共资助计划监管。协调医疗卫生和养老服务融资对服务整合的质量具有重要意义。

在地方层面上，已经取得了一些令人鼓舞的区域性进展。例如，安徽省加快发展养老服务业的官方计划提出了推动养老和医疗卫生服务融合发展的几项措施，包括：（1）在规划医疗机构定点和布局时，要综合考虑当地居民的养老服务需求；（2）设置100张床位以上的养老机构可申请提供医疗卫生服务，如照护和康复护理，但医疗机构

床位需另设，而且其他具备条件的养老服务机构也可以申请设置卫生所、卫生室和门诊等；（3）推进养老、医护、康复、临终关怀服务相互衔接的医养融合发展示范区建设；（4）加强养老机构、社区、家政、医疗护理机构之间的协同信息服务；（5）符合城镇职工（居民）基本医疗保险和新型农村合作医疗定点条件的，可以申请纳入定点范围，入住的参保老年人按规定享受相应待遇；（6）医疗卫生机构应为辖区内65岁及以上老年人开展管理服务，建立健康档案，并为老年人就医提供优先优惠服务。

重庆也鼓励养老服务机构建立提供必要的健康、医疗和康复服务的机构，来促进养老机构协调工作。这类符合城镇职工（居民）基本医疗保险和新型农村合作医疗定点条件的机构，可申请纳入定点范围（同安徽省的要求一样）。

在上海，当地医疗卫生部门和社会服务部门与其他政府机构紧密合作，如国家发展和改革委员会及地方养老基金办事处，致力于促进养老服务发展及融入医疗卫生体系。例如，根据国际评估工具标准（InterRAI），2014年上海在两个地区试行了普遍需求评估工具包，然后将评估工具推广至全市。这样做是非常有用的，因为它在医院、社区和养老院创建了统一的患者评估系统，可用于分诊患者、服务转诊以及经济援助或报销。

### 8.4.3 混合养老服务的横向一体化

横向一体化是指对同一层级不同照护环境的个人进行的照护服务的协调，例如：以社区为基础的服务，如全科诊所、社区照护服务和社会服务、急诊医院的合并，或综合医疗卫生和社会养老服务的医疗卫生保健信托机构（Care Trusts）等组织的形成（MacAdam, 2008; Curry and Ham, 2010）。

中国独有的一些养老服务中心（如杭州市的情况）并不是纯粹的养老院或日间照料中心，而是二者的混合体，带有“庇护所”的特点，即老年人集体住在一处，有一个看门人和一些共享设施，以及对附近居民进行延伸服务。该模式在中国还没有得到充分发展，但提供了一个全方位服务的理念：日间照料、暂托服务、老年人在家里用餐或送餐至老年人家中、居家照护、职业疗法、物理治疗、运动课程、教育和社会活动以及电话服务（“12349”已经在河南省的三个城市和河北省的11个辖区/172个县建立）。如果中国的社会养老模式能够将这些理念付诸实施，那么它将成为老年人的“社区资源中心”或“支持单位”，并且拥有一些暂托床位，能为痴呆患者提供专业照护，以及居家养老、营养和公共卫生建议（身心锻炼、预防跌倒、卫生）等外延服务。这些机构将为开发“辐射型”模式设计提供很好的例子，其中养老院也是社区养老机构和居家养老方案的资源和推广中心。

近期另一个趋势是，很多基层医疗机构为了达到这个目的而转换为社区卫生服务中心。到2005年年底，中国城市地区已经建立了15000多个社区卫生服务中心，95%的市级或以上辖区、86%的市级辖区和县级市地区拥有城市社区卫生服务。这些社区卫生

中心也有助于提高人们的医疗保健和卫生意识。

到2005年底，中国有195000个城市社区服务中心和8479个综合性社区服务中心。其中的大多数都为老年人提供家访、固定场所的定期服务、流动服务、照护和家政服务、紧急援助以及其他免费服务或费用方面有减免的服务。

提供横向一体化养老服务的另一个主要趋势是民营房地产行业的推动作用。中国各主要城市的房地产开发商、保险公司和商业银行投资于持续照护退休社区（CCRC），为中产阶级和高收入家庭的老人提供一体化服务。这些大规模的开发项目（通常能够容纳至少1000名老年人，有时甚至超过5000名老年人）能够提供一系列的社会和医疗卫生养老服务。由于传统的房地产开发商通常不一定有能力和资源来开发和运营所有需要的服务，因此在这些退休社区出现了不同的服务提供者和运营商的合作模式（见第4章）。

#### 8.4.4 城市化与养老服务一体化的机遇

世界各地正在发生两个重大转变，尤其是在未来几十年内发展中国家将面临城市化和人口结构的变化。这两个转变引起了各种各样的问题，如严重的环境污染和患慢性疾病的老年人的逐渐增加。

在中国经济迅速增长和社会进步的同时，人们的健康、幸福和城市环境的宜居性遭到了城市化和人口结构变化的重大挑战。快速工业化和城市化导致城市人口密度增加和污染。此外，快速的人口老龄化已经造成需要不断持续终身照护的慢性患者的增多。这对于旨在容纳越来越多老年人的未来城市的规划而言是一个挑战，但同时也是个机遇。

虽然医疗卫生体系在应对养老服务危机方面有着至关重要的作用，但仅仅着眼于医疗卫生保健对于确保老年人得到很好的照护服务并能够过上充实的生活来说是远远不够的。健全的城市基础设施和社会养老服务在处理这些问题时可以发挥重要作用。因为中国正在建设新城市并以发展“新开发区”的形式扩大城市规模，这为设计和实施新的基础设施及组织、服务供给模式、融资，以及提供一体化医疗卫生和养老服务的信息技术系统提供了独有的机遇。

中国有许多有意思的案例，其中民营部门与地方政府合作开发一个全新的市区。在建设这些新城市的时候，地方政府决策者和利益相关者有机会测试新的政策，如创新的土地和报销系统，开发建设有利于医疗卫生和社会服务一体化的信息技术基础设施，重新设计培训和人力资源，为“所有年龄段人群”规划城市环境和交通设计。虽然实现这种愿景面临着诸多挑战，中国在发展过程中的经验和教训可以给其他发展中国家提供一些启示。

## 8.5 对中国未来的启示

随着中国正在建立和发展其养老服务行业，确保医疗卫生保健和长期照护服务体系内部及相互间的协调服务和连续性是需要考虑的关键因素。一体化养老服务和“以人为本的服务”将老年人置于中心位置并询问他们的需求，目的是让他们能够留在家中、保持自主并提高生活质量。这样做可以提升养老服务的质量和患者的体验，比目前分散的养老服务系统更具有成本效益。目前的养老服务体系往往从服务提供者的利益出发，以对服务提供者而不是服务用户最方便的方式运行。

运用养老服务一体化流程框架的六个范畴进行分析，本章通过讨论得出的一些要点和政策建议，总结如下。

- 系统方面：各相关部委和政府部门之间的协调政策是建立规则和监管框架，以及确保服务一体化的关键。在中国，国家发展和改革委员会的功能是调整政策和协调各部委。如果中国想在城市化进程中抓住机遇实现养老服务一体化，那么这种协调和长远性思维非常重要。

- 组织方面：中国政府可能会考虑不同类型的纵向和横向协调结构及治理系统。它可以利用现有的资源和提供给老年人的服务项目（如将基层医疗卫生机构转化为社区卫生中心）以及新型养老服务开发项目（如持续照护退休社区）。

- 临床/服务方面：中国的全国医疗卫生改革正在解决提高初级医疗卫生保健服务提供者和全科医生的能力和质量的问题，将把关控制和案例管理技能纳入劳动力发展非常重要。提供财政和其他激励措施，将医疗卫生专业人员转移到非医院机构也至关重要。

- 信息方面：一体化的信息评估系统对养老服务协调而言至关重要。由于医疗卫生保健信息技术创新在民营部门蓬勃发展，政府应以协调一致的方式引导这些新的发展，并制定国家标准。横跨医疗卫生保健、长期照护服务和社区环境（如上海模式）的统一的老年照护需求评估（包括卫生和社会方面的评估）也很有用，应该在全国范围内推广。

- 财务方面：中国可以测试参与新的基于人口的支付模式以及预算和支付系统组织。

- 规范方面：重要的是开发的参与过程。将老年人和养老服务人员的反馈和需求纳入政策制定和新型实践模式的开发中，而不是采取自上而下的方式。确保老年人拥有体面的生活和尊严是以人为本服务的核心，其目标也是确保老年人在服务供给方面拥有发言权。

## 参考文献

- Ahgren, Bengt and Runo Axelsson. 2011. "A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000 - 2010." *International Journal of Integrated Care*, 11 7 March.
- Ahgren, Bengt. 2003. "Chain of care development in Sweden: results of a national study." *International Journal of Integrated Care*, 3: e01. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1483939/pdf/ijic2003-200301.pdf>.
- Alltimes, Geoff. 2012. "Integration: a report from the NHS Future Forum." *NHS Future Forum*. London: Department of Health. [www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/152172/dh\\_132023.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/152172/dh_132023.pdf) and Klaske Wynia. 2013. "Embrace, a model for integrated elderly care: study protocol of a randomized controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, service use, costs, and quality of care." <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/62#B5>.
- Armitage, Gail D., Esther Suter, Nelly D. Oelke and Carol E. Adair. 2009. "Health systems integration: state of the evidence." *International Journal of Integrated Care*, 9: e82. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707589/pdf/ijic2009-200982.pdf>.
- Bjerkan, Jorunn, Marie Richter, Anders Grimsmo, Ragnhild Helles and Jytte Brender. 2011. "Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law." *International Journal of Integrated Care* Vol 11.
- Coyte, Peter C., Nick Goodwin and Audrey Laporte. 2008. "How can the settings used to provide care to older people be balanced?" *Policy brief. Denmark: WHO Regional Office for Europe*. Available at: [www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/73284/E93418.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/73284/E93418.pdf).
- Curry, Natasha, Chris Ham. 2010. "Clinical and service integration: the route to improved outcomes." London: *The King's Fund*. <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Clinical-and-service-integration-Natasha-Curry-Chris-Ham-22-November-2010.pdf>.
- Frontier Economics. 2012. "Enablers and barriers to integrated care and implications for Monitor." *A report prepared for Monitor*. London: Monitor. <http://www.monitornhsft.gov.uk/sites/default/files/Enablers%20and%20barriers%20to%20integrated%20care%20report%20June%202012.pdf>.
- Grabowski, D. C. 2007. "Medicare and Medicaid: Conflicting Incentives for Long-Term Care." *Milbank Q* 85(4): 579-610.
- Grabowski, D. C. 2012. "Care Coordination for Dually Eligible Medicare-Medicaid Beneficiaries Under the Affordable Care Act." *Journal of Aging and Social Policy* 24(2): 221-32.
- OECD (2011), *Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities*, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264122314-en>.
- Thistlethwaite, Peter, 2011, "Integrating health and social care in Torbay- Improving care for Mrs Smith", *The King's Fund*, 11 - 13 Cavendish Square London W1G 0AN.
- HelpAge International, 2013, "The Changing Well-being of Thai Elderly- An Updated from the 2011 Survey of Older Persons in Thailand" .
- Hyppönen, Hannele, Jarmo Reponen, Tinja Lääveri, Johanna Kaipio. 2013. "User experiences with different regional health information exchange systems in Finland." *International Journal of medical informatics* 83(1) pp.1-18. doi:10.1016/j.ijmedinf.2013.10.002.
- Karlberg. 2008. "Sweden, Chapter 7. In *Managing chronic conditions: experience in eight countries.*" (Ellen Nolte, Cécile Knai and Martin McKee). *Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European*



- Observatory on Health Systems and Policies*. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98414/E92058.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98414/E92058.pdf).
- Kodner and Spreeuwenberg. 2002. "Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper." *International Journal of Integrated Care*, 2: e12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/pdf/ijic2002-200212.pdf>.
- Leichsenring, Kai. 2004. "Developing integrated health and social care services for older persons in Europe" . *International Journal of Integrated Care*.
- Liu and Haseltine. 2014. "The Singaporean Health System" 2014 International Profiles for Health Care Systems, Thomson S, Osborn R, Squires D (eds.), The Commonwealth Fund Press.
- Liu, Bhasker and Haseltine. 2014. "Singapore Healthcare Today: Progress Toward Sustainable High Quality Healthcare, 2013–2104." *Affordable Excellence: The Singapore Healthcare Story*, Brookings Institution Press with the National University of Singapore Press (November 18, 2014).
- MacAdam, Margaret, 2008. "Frameworks of integrated care for the elderly: a systematic review." *Ottawa: Canadian Policy Research Networks*. [http://www.cprn.org/documents/49813\\_EN.pdf](http://www.cprn.org/documents/49813_EN.pdf).
- Ministry of Health. 2014. Press release on "Bed crunch," available at: [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/pressRoom/Parliamentary\\_QA/2014/bed-crunch.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/pressRoom/Parliamentary_QA/2014/bed-crunch.html).
- Nolte, Ellen and Martin Mckee. 2008. "Caring for people with chronic conditions: a health system perspective." *Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*. [www.euro.who.int/document/e91878.pdf](http://www.euro.who.int/document/e91878.pdf).
- OECD(2011), *Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities*, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264122314-en>.
- Pike, Brigid, and Deirdre Mongan. 2014. "The integration of health and social care services." *Health Research Board*. Dublin. <http://www.lenus.ie/hse/handle/10147/315536>.
- Pike, Brigid Pike, Deirdre Mongan (2014). *The integration of health and social care services*, Brigid Pike and Deirdre Mongan Health Research Board.
- Rennke, Stephanie , Oanh K. Nguyen and Marwa H. Shoeb.2013. "Hospital-Initiated Transitional Care" .
- Shaw, Sara, Rebecca Rosen, Benedict Rumbold. 2011. "An overview of integrated care in the NHS: What is integrated care?" London: Nuffield Trust. [http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what\\_is\\_integrated\\_care\\_research\\_report\\_june11\\_0.pdf](http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11_0.pdf).
- Spoorenberg, Sophie LW, Ronald J Uittenbroek, Berrie Middel, Berry PH Kremer, Sijmen A Reijneveld, and Klaske Wynia. 2013. "Embrace, A Model for Integrated Elderly Care: Study Protocol of a Randomized Controlled Trial on the Effectiveness Regarding Patient Outcomes, Service Use, Costs, and Quality of Care." <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/62#B5>.
- The King's Fund. 2014. "Providing integrated care for older people with complex needs, lessons from seven international case studies." Page 2.
- Thistlethwaite, Peter, 2011, "Integrating health and social care in Torbay– Improving care for Mrs Smith", The King's Fund, 11 - 13 Cavendish Square London W1G 0AN U.S. Department of Health & Human Services. 2015. "Agency for Healthcare Research and Quality." <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/coordination/index.html>.
- World Health OrganizationHO (2012). *Modern health care delivery systems, care coordination and the role of hospitals*. Copenhagen: Regional WHO Office for Europe. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/158885/BRU-report-Modern-health-care-delivery-systems.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/158885/BRU-report-Modern-health-care-delivery-systems.pdf).

## 第9章

# 长期照护服务劳动力短缺问题

张佳慧 葛蔼灵 贡森 张硕<sup>1</sup>

### 9.1 引言

许多国家都面临着长期照护服务从业人员长期短缺的问题，吸纳并留住长期照护服务机构中的服务人员尤其具有挑战性。造成这一现象的原因有很多，包括收入微薄、工作声望低、附加福利很少以及缺乏职业发展前景等。这些工作经常被认为是没有前途的，特征是人员流动大、保留率低、缺乏工作满足感等。劳动力短缺现象在经合组织国家很普遍，各国也采取了很多政策措施以解决这些问题（Colombo et al., 2011）。然而，迄今为止并没有什么成功经验可供参考借鉴。

大多数长期照护服务人员都是一线工人，他们帮助老人进行吃饭、洗澡、穿衣、如厕等基本日常活动。在所有国家，从事这些工作的大多数是女性，包括注册护工、家庭保健护工、家庭/个人护理员等。这些工作通常没有什么技术含量，在大多数国家只需进行最基本的培训即可上岗。例如，在美国，尽管有些州有额外要求，但联邦法律规定注册护工仅需要最少75小时的培训或者通过资格考试即可。

而另一方面，长期照护服务人员也包括拥有执业资格的医务人员，如注册护士、拥有执照的经验护士和职业护士、社会工作者、物理治疗师、职业理疗师、医师助理以及养老服务机构管理人员。他们承担着监督或管理职责，不提供直接具体的服务（Stone & Harahan, 2010）。只有少数国家的内科医生能够直接参与长期照护服务，如荷兰。

在中国，长期照护服务劳动力队伍中合格熟练工作人员短缺的问题尤为严重。根据全国老龄委的报告，80%寻求长期照护服务的家庭的需求没有得到满足。全国性调查

---

<sup>1</sup> 张佳慧，中国国务院发展研究中心的高级研究员。葛蔼灵（Elena Glinskaya），世界银行中国、蒙古和韩国局人类发展项目首席经济学家和项目主任。贡森，中国国务院发展研究中心公共管理与人力资源研究所副所长。张硕，世界银行的老年健康专家。

表明，养老服务业需要1000万名服务人员，其中绝大部分将在机构养老服务中心工作。然而，截止到2015年，中国仅有大约100万名养老服务人员，其中只有2万名接受过正规培训。供需之间的差距对养老服务的数量和数量将产生重大影响，尤其是因为长期照护服务业本质上是劳动密集型产业。

本章将探讨中国培养长期照护服务人员过程中的关键问题及挑战，这里所说的服务人员包括一线护理人员以及医务人员和社会工作者。此外，本章提出了若干应得到进一步加强的优先领域，以加强中国的照护养老服务人员队伍建设，从而提供优质服务，满足全国日益增长的养老服务需求。

## 9.2 中国目前长期照护服务劳动力现状和挑战

### 养老服务劳动力短缺

由于劳动适龄人口减少以及中西部地区快速城镇化和工业化等因素，中国所有行业均面临着低技能工人短缺的问题。对农民工的一项调查表明，仅11%的人对养老服务业感兴趣，而大多数人更愿意去工厂工作或从事其他蓝领服务。

尽管劳动力短缺是个普遍现象，但城市和农村养老服务劳动力之间存在着巨大差异。在城市地区，大多数技术护工在养老服务机构中工作，而从事居家和社区养老服务的主要是非专业人员。在居家和社区养老服务发展较为落后的城镇，社区组织、党员干部以及社区志愿者在养老服务供给方面起到了一定作用。

农村地区的养老服务发展远远落后于城市地区。在农村，即使养老机构也没有多少技术护工，更不要说居家和社区服务了。大多数农村养老机构和福利中心仅提供住所、食物和基础护理，许多入院老人还是要自己照顾自己或者与其他老人互相帮助。护工的短缺问题在经济更落后的偏远地区尤为严重。在经济较发达地区，居家和社区养老服务有了一定的发展，但大多数是当地政府资助的试点项目。而大部分农村地区没有提供专门的居家和社区养老服务，老人不得不依赖于家庭成员、亲戚或邻居提供的非正规的养老服务。

### 养老服务人员资历不够的问题

从总体上说，中国养老服务人员的教育和培训水平较低。民政部近期对15个省份约120家养老机构中的2158名护理人员进行了调查，发现他们绝大多数是受教育水平较低的年长女性，大部分来自农村地区，而且流动性很高（MOCA，2012）。其中，约83.5%的护理员为女性，约51%的护理员年龄在40—49岁，50岁以上的占28%。养老服务人员只需具备最基本的教育和培训水平，被调查人员中约45.2%的人仅初中毕业。在工作经验方面，14.8%的被调查人员仅有不足一年的工作经验，25.9%的人有1—2年的工作经验。

尽管养老服务人员的培训机会已经有所增加，但培训的有效性似乎很有限。中国政府已经颁发了《养老护理员国家职业标准》。中国中央政府发布的《社会养老服务体系建设规划（2011—2015）》中明确要求加强对养老护理员的职业技能培训，提高持证上岗人员的比例。有些地区为养老护理员提供免费培训课程。然而，由于资格考试在不同地市进行，各地资格认证机构不一定能够严格遵守国家标准。除了民政部和劳动部举办的正规培训外，其他一些组织也提供职业培训，但在培训质量与专业性方面存在一定差异。

### 社会地位低、收入待遇低、职业发展前景有限

中国的养老服务从业人员普遍社会地位较低。养老护理员的工作是照料他人，按照传统观念，这种服务性工作并不“体面”，也不受人尊敬。另外，照料老人的工作是非常辛苦的，尤其是失能老人。

养老服务人员的就业稳定性也比较低。民政部的调查发现，只有65%的养老服务人员签订了劳动合同（MOCA，2012）。许多养老服务从业人员不受劳动力市场法规和《劳动法》的保护，尤其是那些从事居家和社区养老服务的人员。如果受到不公正对待，他们只能求助于“中国家庭服务业协会”，该协会是隶属于国家民政部的非营利性组织（<http://www.chsa.com.cn/>）。然而，协会的大多数理事会成员由一些服务机构的领导兼任，因此在处理工资待遇和工作条件的争议时，通常不会支持服务人员。

养老服务人员的高流动性和低技能水平与他们的收入待遇低有很大关系。Dong等（2014）发现，上海市的养老服务人员比其他家政服务人员的收入要低24%。上海市劳动局2012年设立的养老服务人员工资标准为2200元，而儿童保育员则为4600元。这项研究表明，总体来说家政服务人员属于社会的最底层，收入最低，而养老服务人员则是家政服务人员这一阶层中最弱势的群体。

为了吸引更多的人从事养老服务业，一些地区提高了养老服务人员的工资水平。例如，浙江省杭州市通过了一项条例，规定在福利机构和非营利性养老机构工作的养老服务人员如果持有初级、中级和高级证书，其工资水平分别不得低于当地最低工资的1.3倍、1.4倍和1.6倍（不包括保险和其他附加福利）。<sup>1</sup>

影响养老服务人员工资增长的一个原因是养老服务的收费标准难以提高。目前，城市退休人员的平均退休金只有2000元，入住养老机构每月就要花掉一半甚至全部退休金。大多数退休人员还必须留出一些钱来看病，因此他们对养老服务机构的收费非常敏感。有些人认为，公办养老机构不应该收费过高。老人们不满养老机构提高住院费用，地方政府也不愿意提高养老服务的收费标准。另外，由于服务项目有限、覆盖范围较小，居家和社区养老服务目前在老人中不太受欢迎。为了吸引更多的老人，他们常常会降低收费标准，这也限制了养老服务人员的工资提升。

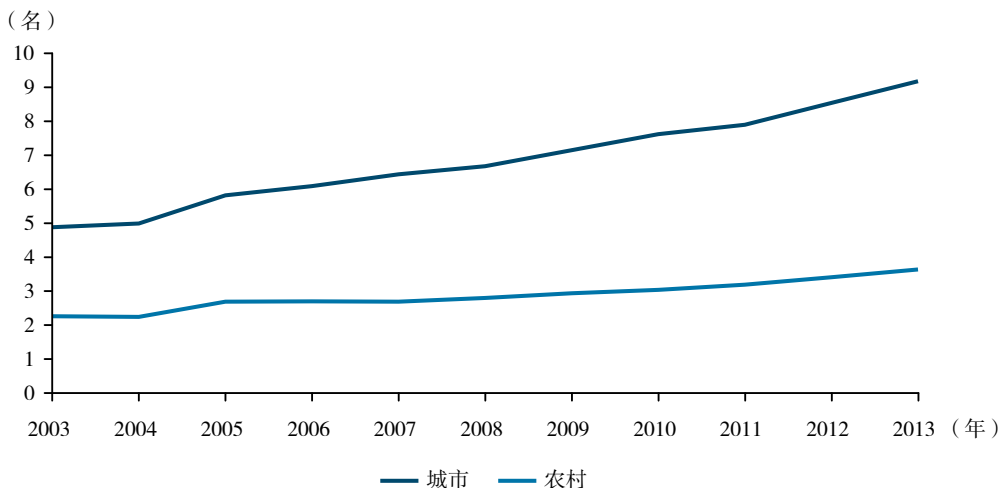
1 目前杭州市的养老服务人员实际工资已经超出了这些水平，因此政府的引导措施意义不大。

### 9.3 医疗卫生人员短缺和挑战

中国医疗卫生人员的分布很不均衡，初级卫生服务的医疗人员严重短缺。尽管近年来医疗卫生人员的整体数量有所增加，但初级卫生服务机构（包括农村的乡镇卫生院和城市的社区卫生服务中心/站）的卫生专业人员所占比例却从2009年的40%多下降到2013年的不足30%。因此，与医院相比，基层医疗卫生队伍不仅没有加强，反而被削弱了。注册护士的比例甚至更低，2013年仅占20.7%。国家卫计委2013年的一项调查发现，有将近50%的乡镇卫生院助理医师和注册护士跳槽到县级或更高级别的医院工作。此外，基层医疗卫生队伍的学历水平也很低。

同时，城乡之间的医疗卫生人员分布极不均衡。尽管在农村工作的医疗人员数量已有所增加，但城乡之间的供给缺口差距却越来越大：城乡差距比例从2003年的2.16增加至2013年的2.52（见图9.1）。2013年，城市地区每千人拥有的卫生专业人员数量为9.18名，是农村地区的2.5倍。教育水平方面也存在差距：2012年城市地区本科及以上学历的卫生专业人员占全部卫生人员的20%，而农村地区仅占6.1%。<sup>1</sup>社区卫生服务中心的基层医疗卫生人员大多只有高职学历，乡镇卫生院的大多只有中职学历。合格的基层医疗卫生人才短缺问题是造成病人绕过基层卫生机构，直接去高级别医院看病的主要原因，这一问题在农村地区尤其明显。

图9.1 2003—2013年中国城乡地区每千人拥有的卫生专业人员数量

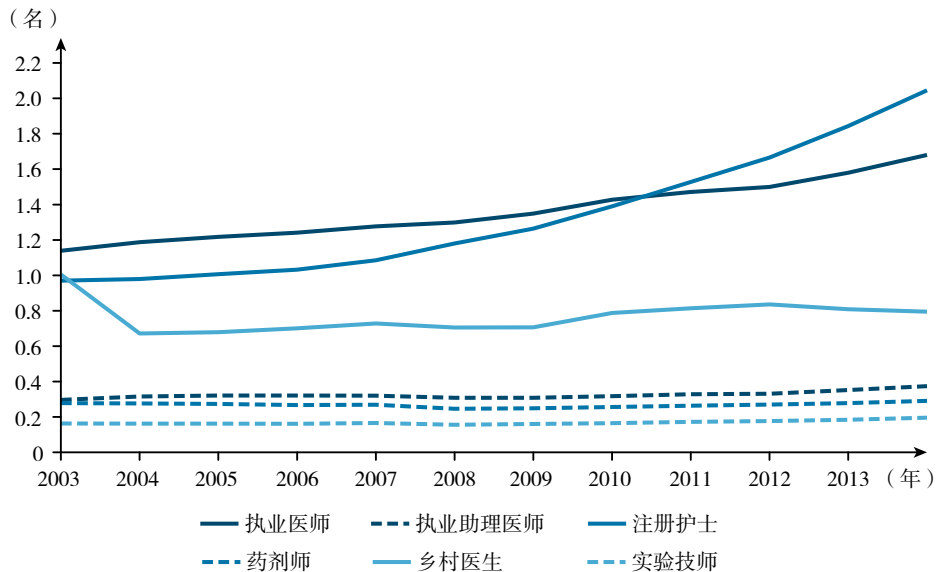


资料来源：Liu, 2015。

<sup>1</sup> 这反映了中国医疗卫生人才的整体状况。仅28.6%的从业人员有大学及以上学历（五年以上的医学专业教育），只有三年专科或更低学历的人员占比为38.8%，所占份额最大。

尽管自2003年以来中国医疗卫生人员的数量一直在稳步增加，但与发达国家相比，整体密度仍然比较低。2011年，医疗卫生工作人员总数为620万人，2013年增至720万人，三年增长了16%。如图9.2所示，每千人拥有的执业医师数量迅速增长，从2003年的0.98名/千人增至2013年的2.04名/千人，增幅为108%，这在很大程度上是因为护理教育专业的大规模扩招。<sup>1</sup>到2013年，中国每千人拥有的医疗卫生专业人员已达到5.3名，包括2名执业医师（及助理医师）和2名注册护士（NHFPCC，2014）。但是，这一比例仍然落后于经合组织国家的平均水平，即每千人3.2名医生和9.6名护士（OECD，2014）。

图9.2 2003—2013年中国每千人拥有的卫生专业人员数量



资料来源：liu, 2015。

另外，中国在医疗卫生人员的组成和技能组合方面也面临着严峻的挑战。中国极度缺乏儿科医生、精神科医生以及全科医生，这几类医生的数量分别占全部执业医师的4.3%、1%和4.5%，占比非常低。这些领域的医生收入相对较低，而职业风险又比较高，因此不如其他医学领域吸引人。中国全科医生的比例仅为4.5%，而其他国家的这一比例则高达30%—60%。国务院2011年发布的一项政策<sup>2</sup>提出，建立以全科医生为基础的基层医疗卫生服务体系，实现每万名居民拥有2—3名全科医生（国际惯例为每万人用有5名全科医生）。为达到这一目标，中国至少需要30万—40万名全科医生，现有全科医生数量需增加一倍以上（2013年为14.6万名）（State Council，2011）。

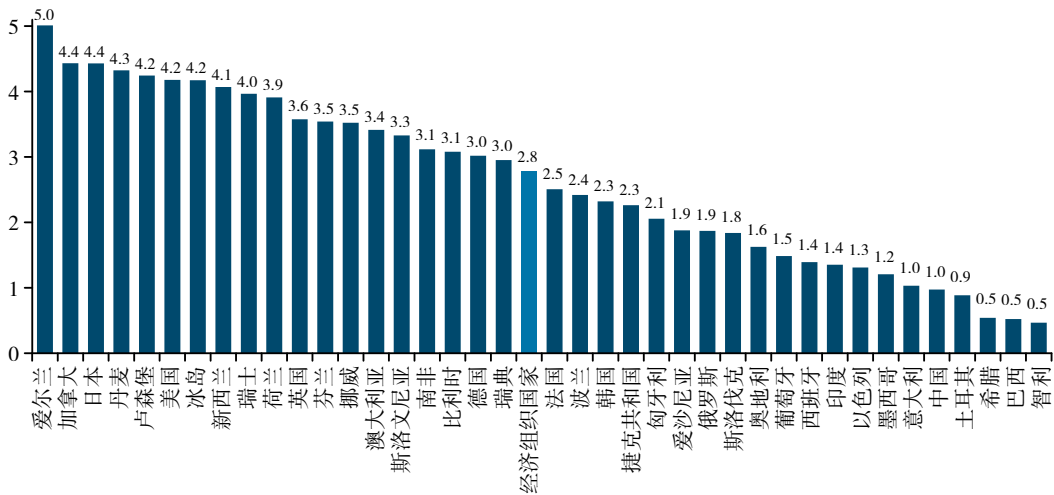
1 2013年，护理学校招收了56万名护士生，其中62%就读于职业护理学院（三年制）。

2 国务院《关于建立全科医生制度的指导意见》，2011年7月2日。

长期以来，中国一直存在着护士短缺问题。与其他国家不同，中国的医生多于护士。2013年，护士与医生的比例为1:1，而经合组织国家每名医生配有3—4名护士（Qin et al., 2013）（见图9.3）。护士短缺问题在农村和基层卫生机构中更为严重，其护士与医生的比例分别为0.82:1、0.55:1。

医疗卫生人员的短缺问题严重影响了养老服务机构的服务水平，因为养老服务需要医疗卫生支持。一部分城市养老机构拥有专业医疗人员，而社区、居家及农村养老服务主要依赖于当地现有的医疗资源。据估计，全国的养老服务机构中310万张实占床位大约有60万名护士的缺口。养老服务业的护士短缺问题在春节等节假日期间更为严峻，工作人员有可能减少1/3（据北京市最大的老人服务中心“十三陵老人公寓”的负责人估计）。许多老人在选择养老服务机构时会优先考虑其是否有全职医生和及时的医疗服务。因此，附近有大型医疗机构或者拥有专业医疗人员的养老机构更受老年人的青睐。居家老人的最大担忧是生病时无人求助。

图9.3 2009年（或最近年份）的护士与医生之比



资料来源：OECD，2009。

在养老服务机构工作的医疗人员薪酬特别低，工作缺乏稳定性，其收入远远低于在医院工作的同行。据一位接受调查的养老机构医生所说，在养老机构工作的主治医师的收入仅为其医院同行的一半，而养老机构护士的收入仅为医院同行的1/3。医院的高级医生的收入更高，他们根本不会考虑去养老机构工作。而在公办养老机构和民营机构工作的医务人员的待遇也大不相同：公办养老机构可以提供永久职位（因此更为稳定），甚至解决户口，从而提高了这一职业的社会地位，对专业技术人员具有很大的吸引力。几乎没有民办养老机构能为工作人员提供这样的优惠条件。

养老机构的医务人员在职业发展方面也面临着许多限制。公办养老机构提供的专

业人员职位有限，有中级职称的人员比例非常低，更不用说高级职称人员了。因此，医务人员专业能力提升的空间极为有限。另外，职称评审标准一般都很严格，有时还会明确规定工作于非专门医疗机构的医务人员没有资格参加职称评审。据接受调查的护士透露，申请注册护士资格考试时，在养老服务机构的工作经历不计算在内。此外，高级职称的评审还包括发表论文和主持项目等条件，但工作于养老服务机构的医生很少有机会参与科研项目。因此，养老服务机构的医务人员的职业自我认同感和工作满意度普遍较低。

## 9.4 缺少合格的社会工作者

社会工作者对养老服务也起着重要作用。在长期照护服务很成熟的国家，通常由社会工作者和心理工作者来帮助贫困居民和需要心理咨询和精神支持的居民。在中国香港，社会工作者和心理工作者必须经过严格的培训，并通过资格考试。他们精通咨询服务，并且可以帮助老人获得各种社会服务。

目前，中国的养老服务业几乎没有多少合格的社会工作者，只有大城市的少数养老机构有社会工作者。另外，服务于养老机构和社区的专业社工通常比较年轻，尽管他们很有工作热情，理论知识储备丰富，但大多数人缺乏实践经验。由于这些制约因素，养老服务机构和社区的社会工作者们的职能只限于为老人组织文化娱乐活动。

## 9.5 非正式家庭照料人员面临的挑战

按照现行的养老服务体系，居家养老仍然是大部分老人的首选，但是家庭成员却往往缺乏护理能力或专业技能。根据2010年开展的《全国城乡失能老人状况研究》的数据，全国城乡部分失能和完全失能老人约有3300万人，其中仅1.87%能够享受到专业护理服务，绝大多数失能老人在家里由家庭成员（或保姆）照料。然而，大部分家庭照料人员没有受过专业培训或指导，因此在家里照料亲人时他们承受着巨大的压力。

虽然住家保姆可以满足个人起居服务需求，已成为养老服务市场不可或缺的组成部分，但保姆在市场上仍然供不应求。如上所述，目前的低端劳动力市场需求大于供应。住家保姆的供给不足、高成本及监管不力已成为部分老人选择养老机构的主要原因。研究表明，大部分老人在选择养老院之前都曾请过保姆。

尽管社区志愿者对养老服务也起着重要作用，但他们往往缺乏专业培训和护理能力。在许多发达国家，社会组织为选择居家或社区养老的老人提供重要支持。然而，在中国，社会组织的发展严重滞后，对养老服务的作用非常有限。在一些地区或社区，老人和其他志愿者组织的互助团体提供部分基本服务，如定期看望独居老人。



## 9.6 最近的政策及改革举措

《全国民政人才中长期发展规划（2010—2020年）》旨在加强人力资源管理，解决养老服务队伍短缺问题。中央政府已经认识到提高养老服务人员素质的重要性，国务院颁布的《关于加快发展养老服务业的若干意见》要求完善人才培养和就业政策。高等院校和中等职业学校增设相关专业和课程，开展继续教育和远程学历教育。民政部最近推出了一项职业学校培训计划，由国家福利彩票出资4000万元人民币，以培养更多的养老服务专业人才（Caixin Online, 2013）。要加强护理人员的实习培训，并对参加养老护理职业培训的人员给予相关补贴。积极改善养老护理员工作条件和福利待遇，包括缴纳社会保险和养老金。

按照国务院的指示，一些地方政府（如安徽、重庆、宁夏）出台了类似的政策，包括给予财政支持或补贴，以鼓励长期照护服务人员参加培训与职业认证。例如，在安徽省，高等和中等职业学校毕业生如果在养老服务机构中工作满三年，就可申请基金来偿还学生贷款和学费；工作满四年并通过职业认证的，将获得奖励。对于参加养老服务培训计划或技能鉴定的人员，如果符合一定资格条件，就可以得到补助。另外，来自弱势群体的毕业生如果从事养老服务工作，将获得津贴补助和社会保险补贴。在重庆市渝中区，养老机构员工若参加市/区民政部门组织的短期业务培训、职业培训和道德培训，区政府将给予补贴，补贴金额最高为培训费的一半（但不超过500元）。

全国还有不少地方政府也实施了一系列举措，为长期照护服务人员提供培训机会。宁夏石嘴山市在石嘴山社会福利院建立了养老护理培训基地，提供为期21天的培训课程，并颁发国家初级养老护理员证书。四川省泸州市在专科院校和技校开设养老护理相关的培训课程，培养养老服务人员。河南省在一些专科院校和职业学校设立了培训基地，同时开展远程教育。甘肃省2013年创办了15—20家老年护理培训机构，受训服务人员月工资达2000元，三年内收入增加了一倍。山东省指定一家企业作为济南养老护理职业培训基地，省政府要求所有养老服务机构必须对员工进行培训，员工持证率低于85%的机构将没有资格获得政府补贴。

同时，国务院出台了相关政策，规定长期照护护理员必须获得资格认证。对于在养老服务机构工作的专业人员，其职业资格和注册登记的要求与医疗机构或社会福利院的专业人员一样。国务院发布了《社会养老服务体系规划（2011—2015）》，计划到2015年实现养老服务人员持证率达到100%。

此外，国家还出台了一些其他相关政策，旨在提高社会工作者的供应量和服务质量。如前所述，这对养老服务的质量起着重要作用。人事部和民政部联合发布了《社会工作者职业水平评价暂行规定》和《助理社会工作者、社会工作者职业水平考试实施办法》，鼓励职业社会工作者和社会工作专业大学毕业生从事社会服务工作。广州

（和重庆）早在2005年就在养老机构设立了社会工作部。广州甚至创办了类似中国香港圣公会这样的专业机构，将职业社会工作者纳入养老服务业。同时，政府制定了养老护理从业人员的职业标准和资格，到2005年底，将近2万名护理人员获得了从业资格。

## 9.7 建议

### 加强养老服务劳动力队伍建设

为了解决高素质长期照护服务人员的短缺问题，当务之急是稳定养老服务劳动力队伍，并提高他们的社会地位，尤其是要确保中级和高级养老服务人才队伍的稳定性和素质。为吸引更多人从事养老服务工作，必须改善养老服务从业人员的经济地位和社会地位。政府和整个行业都应认可护理员工作的重要性，鼓励更多人加入养老服务队伍，如可以通过公共教育和宣传活动，普及养老服务职业的重要性以及从业人员如何获得职业提升。

困扰中国养老服务业的一个关键问题是养老服务人员薪酬过低且缺乏社会保障。决策者们应该着重寻求提高服务人员收入的方法，地方政府则须提高养老服务人员的最低工资标准。虽然养老成本会有所增加，但工作人员的薪酬和工作条件应得到改善，正式员工比临时人员获得更多的优先权，这会有利于改善员工精神面貌，减少员工流失，提高服务质量。增加晋升机会的政策也可以提高养老服务业从业人员的保留率。

另一个与劳动力相关的问题是户籍制度改革，这可以促使更多的工作人员从低收入地区迁移到拥有更多机会的城市，学习护理技能，为日益增多的老人提供服务。目前城市的新增落户人员大部分是信息技术或管理人才，几乎没有低端服务人员能够获得城市常住户口（Caixin Online, 2013）。

养老服务业还需吸纳更多的医务人员和社会工作者。这一行业特别需要为护士营造一个良好的工作环境，提高他们的工资水平，鼓励他们成为个案管理师或养老机构的管理人员。在其他国家，医生在医院工作，而护士可以从事养老机构的管理工作或者作为护理机构的护士长，因此护士在机构的日常运营方面有很大的自主权。在中国，护士必须与退休医生一起被赋予养老院的管理工作职责，以适应养老服务业对专业技术人员的需求。

### 加大劳动力教育培训投入

加大新老员工的教育培训投入对于建立高素质劳动力队伍来说必不可少。低级别、低收入的护理人员无法提供优质的服务。需要加强养老护理人员的专业化培养，提升他们的社会地位，使其具备灵活应对各种需求的基本技能。需要特别注意的是，这些基本技能不仅包括护理技能，更多的是社会关怀技能，包括照料老人的日常生活（如

洗衣服、做饭、购物等）以及向他们提供饮食、锻炼、健康等方面的建议。需要对养老护理人员进行基本的职业培训，加强预防跌倒和营养等重点领域的定期培训。

为了解决养老服务的长期需求问题，必须对养老服务的正规教育体系进行改革。首先，需要对培训项目及培训学校进行有效性评估，并调整课程设置，将培训重点放在实践而非理论上，侧重于居家和社区养老服务技能的培训。同时，教育培训的质量在很大程度上取决于师资队伍，因此政府应该强化激励机制（尤其是经济激励措施），聘请高素质的教师和职员，传授相关知识技能，从而培养训练有素的养老服务从业人员。

与此同时，还需向各类服务机构（包括福利院、养老机构、专业护理机构、社区中心、医院）提供教育和技术支持，帮助他们提高服务质量，以达到既定的政府标准。公办养老机构和正式或非正式民营养老机构都需要进行培训。另外，必须要鼓励出台促进服务人员培训的相关政策措施，强制要求持证上岗。能力和技能培训固然非常重要，但也应鼓励服务人员超越技术性护理，关注老人的精神、情感和社会需求，以增强服务人员与服务对象之间的沟通。

即使医生和护士这样的专业人员，也非常有必要学习老年医学以及其他特殊需求保健知识，更好地为老人服务。特殊需求保健包括痴呆症护理、康复、与心理运动疗法相结合的精神和身体康复、健康管理中的中医疗法等领域。政府可以制定政策，允许公立医院的医生在私人诊所甚至家里提供医疗服务。大学、职业院校或者在线网络教育可以将这些针对护士、护理人员和其他专业人员的培训纳入他们的课程体系之中。

此外，还需进行提高养老服务管理能力方面的培训。护理经理（care manager）在中国还是一个相对较新的概念，主要负责组织需求评估工作、协调卫生和其他各类服务，以便向老人提供恰当合适的服务。尽管在中国许多养老服务机构还没有设置这一职位，但是可以提前做好准备，从现在开始培养新一代的护理规划经理人才。

### 充分利用现代技术

为了缓解对劳动力的需求，政府可以鼓励并指导企业加强研发，促进养老服务信息技术和辅助设备的进一步发展。信息技术和辅助设备可以帮助老人独立生活，减轻护理人员的工作量，降低对专业养老服务支持的需求。例如，已开发出类似“手表”这样的老年产品，可以采集并上传个人健康信息。对高危老人的健康状况进行实时监控，如有突发状况，可以及时救治。在杭州和广州，老人的家里已安装紧急呼叫系统，如果有需要便可以立刻得到救助。在法国，养老服务机构的房间里都装有滑轨，失能老人可以在房间里走动，独立完成去洗手间等基本日常活动。

### 支持非正式护理人员

同时，可以通过以下方式，对非正式护理人员应给予更多的支持：

- **加强对家庭成员和社区志愿者的专业指导。**对老人及其家庭照料者进行基本培训，帮助他们熟悉疾病的主要症状，掌握基本老年护理知识和自我护理技能，了解怎样避免意外事故，从而使他们可以更加有效地保持自身健康。应该鼓励养老机构和社区养老服务组织对老人的家庭成员进行家庭辅导，或者组织家庭成员和社区志愿者参观专业养老机构，学习老年护理的基本知识。除此之外，还可以在社区组织大规模的视频培训，因为社区有这样的资源，较为容易联系各个家庭。相关培训可以趁老人和其家人相聚时在社区服务中心进行，甚至可以发展成为社区中心的一项常规活动。

- **对照料老人的家庭成员和社区志愿者给予适当经济补贴。**对全职照料失能或部分失能老人的家庭成员，政府可以给予适当的经济补贴，并激励企业为其职员提供带薪假期，以方便他们在家照料老人。政府给社区志愿者发放服务优惠券，倡导通过“时间银行”积累他们的服务时间，或者把他们提供的服务转换成诚信道德积分。

## 参考文献

- Caixin Online. 2013. “Blues for Gray Hair: What's wrong with China's elder care section.” March 6. <http://english.caixin.com/2013-06-03/100536498.html>.
- Colombo, Llena-Nozal, Mercier, and Tjadens. 2011. “Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care.” Paris: Organization for Economic Co-operation and Development.
- Dong, Xiao-yuan, Jin Feng, and Yangyang Yu. 2017. “Relative Pay of Domestic Elder care Workers in Shanghai, China.” *Feminist Economics* 23.1: 135-59.
- Liu, Gordon. 2015. “Quality of Hospital Management Practices in China” . China Hospital Management Survey (CHMS), Unpublished manuscript.
- MOCA. , 2012. Quoted from the China Education Daily article and a website of a consulting firm: <http://renzx.com/news/current/84.html>.
- NHFPC. 2014. “2013 Statistical Communique on the Development of Health and Family Planning in China.”
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2013. *Health at a Glance 2009*. [http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/health\\_glance-2009-en](http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/health_glance-2009-en).
- . 2014 “OECD Health Statistics 2014 How Does China Compare?” <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHINA-2014.pdf>.
- Qin, Xuezheng, Lixing Li, and Chee-Ruey Hsieh. 2013. “Too few doctors or too low wages? Labor supply of health care professionals in China.” *China Economic Review* 24: 150-64.
- Stone, Robyn, and Mary F. Harahan. 2010. “Improving the Long-Term Care Workforce Serving Older Adults.” *Health Affairs* 29: 109-15.
- The State Council. 2011. Guiding Opinions of the State Council on the Establishment of a General Practitioner System in China. July 2. [http://www.gov.cn/zwgk/2011-07/07/content\\_1901099.htm](http://www.gov.cn/zwgk/2011-07/07/content_1901099.htm).



## 第10章

# 学习借鉴和政策制定： 国际经验以及对中国的启示

Jan M. Bauer 杜鹏<sup>1</sup>

### 10.1 引言

长期照护服务（LTC）是所有老龄化社会的政策决策者们面临的迫切问题。即使各国政府早已意识到这一挑战日益严峻，但是大多数国家的养老政策仍然极不完善，不能保证“有尊严的老龄化”（dignified aging），因此需要不断地进行改革。现代政策决策强调知识和循证的重要性，但是如果不确定何为正确做法，决策过程则会侧重于实验和边干边学（Nauwelaers and Wintjes, 2008）。设计新的养老服务体系要求在决策过程中进行创新。有效养老服务体系的复杂性使得从无到有的发展变得异常艰难。然而，文化和社会规范的差异又不允许直接复制国际先进经验（Heilmann, 2008; Dolowitz and Marsh, 2000）。这就要求政策智囊团进行政策学习，并评估学习效果。

政府想要发挥市场监管职责、确保养老服务体系有效运转，在很大程度上取决于是否能够正确了解市场动态，引导服务提供者的经济活动。政府的这一新角色要求公职人员积极进行学习和能力建设（Gash et al., 2013）。从自己的经验中学习总结，不管是成功的还是失败的经验，可能对提高政策绩效最为有效。然而，他人的经验教训也可以在很多方面对此进行补充，如确定政策需求、政策设计、实施及政策评估等（Nauwelaers and Wintjes, 2008）。不仅要学习其他国家的养老政策，还要学习这些政策的制定发展过程。

为了发展可持续的创新性养老服务体系，中国可以学习借鉴养老服务方面的国际经验，探寻最佳做法，制定较为完善的政策措施。中国政府在《中国老龄事业发展

---

<sup>1</sup> Jan M. Bauer, 丹麦哥本哈根商学院跨文化交际和管理系助理教授；杜鹏，中国人民大学老年学研究所所长、教授。

“十二五”规划》中已明确表明采取行动的必要性，并制定了《社会养老服务体系建设的规划》。随着人口老龄化的快速发展，中国必须建立全面的长期照护服务体系，改善老年人的生存环境。政府需要学习其他国家先进的长期照护服务体系，并根据国情进行灵活调整，使之适应中国的实际情况。这就要求政府的组织结构有利于其进行学习和借鉴。

本章概括了长期照护服务的政策学习重点，为促进学习，必须要收集相关数据资料和政府结构信息。在学习总结欧洲的经验教训的基础上，给出了一个政策学习与交流的工具箱，以促进中央和地方各级政府制定政策。本章最后针对中国的实际情况提出了一系列建议。

## 10.2 中国政府的老龄工作和老龄政策研究机构体系

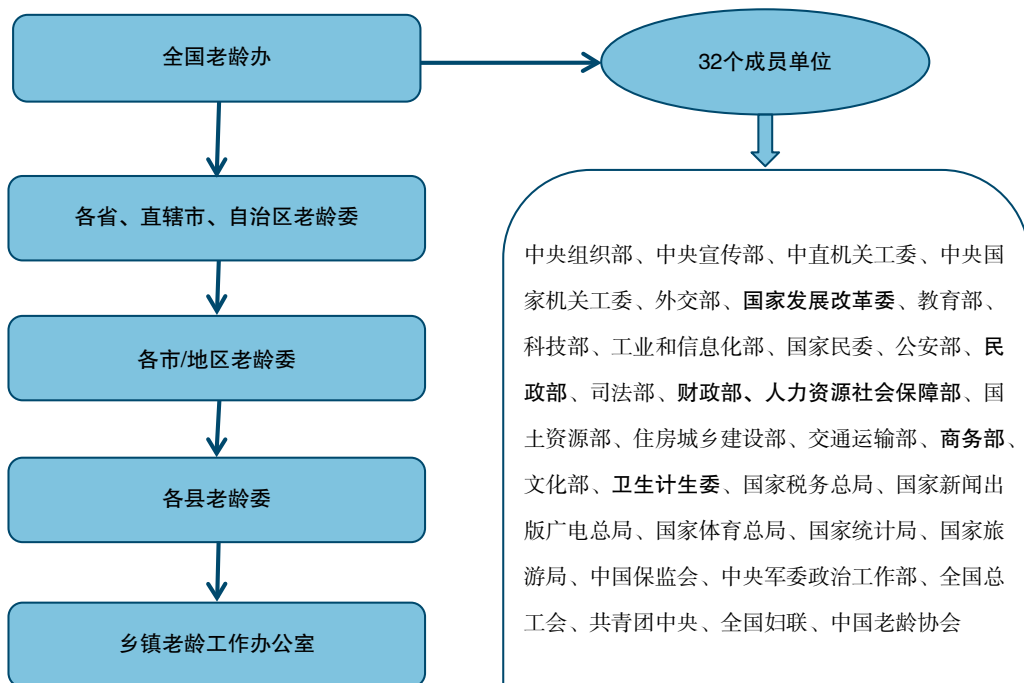
为了协调各项老龄化政策的实施和评估，中国政府已建立了不同的专门机构。1990年10月，国务院批准成立全国老龄工作委员会，负责全国老龄事务的审议协调工作。全国老龄工作委员会由民政部、财政部、文化部、人力资源社会保障部、商务部、国家发展改革委、中国老龄协会等32个相关单位组成（见图10.1）。全国老龄工作委员会（简称“老龄委”）的主要职责包括以下五个方面：（1）研究、制定老龄事业发展战略及重大政策；（2）协调和推动有关部门做好维护老年人权益的保障工作；（3）协调和推动有关部门加强对老龄工作的宏观指导和综合管理，推动开展有利于老年人身心健康的各种活动；（4）指导、监督和检查各地方政府的老龄工作；（5）组织、协调联合国及其他国际组织有关老龄事务在国内的重大活动。

老龄委下设办公室，办公室设在民政部，与中国老龄协会实行合署办公。全国老龄工作委员会办公室（简称“老龄办”）是老龄委的协调机构，负责开展国内工作，在国际上以中国老龄协会的名义开展老龄事务的国际交流与合作。老龄办的主要职责包括以下五个方面：（1）办理全国老龄工作委员会决定的事项；（2）研究提出全国老龄工作发展的方针政策和规划，拟订实施办法；（3）督促、检查全国老龄工作委员会决定事项在各地的落实情况；（4）负责各成员单位的联系、协调工作；（5）开展调查研究，收集、整理老龄工作的有关情况和信息，总结推广先进经验。

同时，还有许多机构参与到老龄事业研究、政策发展及评估等领域的知识建构之中，包括政府部门及学术机构。

- 国务院相关部门负责老龄事业的政策规划、制定及实施工作。国务院研究室提供相关政策建议和决策咨询意见，负责起草《政府工作报告》，牵头组织国务院重要会议的文件起草。研究室同时参与党中央重要会议的文件起草工作。国务院发展研究中心的主要职能是研究中国国民经济、社会发展和改革开放中的全局性、战略性、前瞻性、长期性问题。国务院发展研究中心为党中央和国务院提供政策建议和咨询意见，

图 10.1 全国老龄工作委员会办公室及其成员单位



为制定国家中长期发展规划和区域发展政策提出建议。与养老服务相关的文件包括《中国社会养老服务体系研究成果汇编》等。

- 民政部相关部门负责开展综合性和前瞻性的研究，为养老服务规划提供依据。民政部政策研究中心的主要职责是起草民政政策和理论相关文件、负责相关会议的筹备、研究中长期照护服务理论与政策。主要研究成果包括《中国养老服务业市场准入研究》及《民政理论研究》等。中国老龄科学研究中心是专门研究老龄科学的国家级跨学科研究机构，负责调查研究老龄事业发展中的重要科研问题，为推进老龄事业发展和提高老年人的生活质量提供理论支持。另外，研究中心参与制定老龄科学研究的 中长期规划，形成研究标准和规范，同时开展大规模的老龄化调查研究。主要研究成果包括《老龄工作的实践与思考》《政府养老定位研究》《孝道文化与社会和谐》《中国农村老龄政策研究》《老年健康自评和生活自理能力》《中国特色养老模式研究》《中国老龄事业发展报告（2013）》《中国养老服务业发展报告（2014）》等。

- 中国社会科学院负责撰写老年健康服务方面的社论文章，发布养老服务相关行业标准。2015 年，中国社科院成立了中国老年健康服务研究中心，承担全国老年健康服务研究项目，并协同民政部、卫计委、国家开发投资公司、国家开发银行等部门制定行业标准和提议，建立并实施养老服务业标准体系，形成全国性的老年健康服务智库。主要研究成果包括《老年健康服务行业的国家投资和运营管理》《国外养老服务经典案例》《中国老年健康服务行业蓝皮书》等。另外，中国社科院人口研究所也从经济



学视角开展了相关研究工作。

- 许多一流大学开展研究项目并召开学术会议，参加政府资助的论坛及其他相关活动，向政策决策者宣传他们的研究成果，以促进老龄政策的发展。

——中国人民大学重点关注老年学研究和政策研究。中国人民大学最早开始研究中国老龄化问题，也是国内唯一一所培养老年学专业博士生的大学。该校尤其注重老年学理论、老龄化社会的发展、老龄政策、人口老龄化趋势及特点、人口老龄化对社会经济的影响等领域的研究。迄今为止，中国人民大学已培养了100多名老年学领域的硕士和博士，成功主办了“第11届中国老年学论坛”，极大地促进了中国老年学教学与科研的发展。中国人民大学已出版若干中文教材，其中包括《社会老年学》《中国人口老龄化》《中国人口老龄化过程研究》《中国家庭养老服务研究》《社会保障概论》等，并翻译出版了许多老年学的外文教材，如《老年学：多学科视角》《老龄化理论手册》《社会老年学：多学科视角》等。

——北京大学重点关注老龄化和老年健康的跨学科研究，组织了两次大规模的全国老龄化调查，即“中国老年健康影响因素跟踪调查”和“中国健康与养老追踪调查”。隶属于北京大学的老龄化研究机构包括北京大学老龄健康与家庭研究中心、北京大学老龄化研究中心及北京大学老年学研究所。主要研究成果包括《健康长寿因素分析》《老龄化和家庭研究》《社会转型期孝道意识与养老研究》。出版的老年学专业教材主要包括《老年学导论》《老年社会学》《老年心理学》《老年认知科学》《衰老生物学》等。

——清华大学主要关注老年人健康状况和长期照护服务发展的评估领域的研究，注重基础研究工作。清华大学成立了老年学研究中心，主要从事老年人的长期照护和健康状况评估研究。主要研究成果包括《老年长期照护导论》及《老龄经济学》（译著）等。清华大学建筑学院的相关工作主要是老年住宅研究，相关学术论文包括《中国城市养老服务机构分析与设计建议》《日本混合民居和老年居住设施的新设计趋势》等。

### 10.3 政策框架和国际经验

国际上，国家之间的长期照护政策学习与交流日益增多。例如，欧盟将长期照护服务纳入其社会保障和社会融入议程中，以帮助各国政府应对这一日益复杂且紧迫的问题。作为“欧盟2020战略”的组成部分，欧盟利用开放式协调法（Open Method for Coordination, OMC）促进国际学习交流，建立了一个内容充实的知识库，提高各国的长期照护服务水平。

欧盟采用开放式协调法这一创新举措，促进长期照护服务方面的政策学习和智能发展。欧盟内部治理通常通过具有约束力的条约来影响长期决策过程，而开放式协调法是一种新的治理方式（Humburg, 2008; Dehousse, 2003）。这一治理模式基于无约束力条约（所谓的“软法”）来加强欧盟各成员国社会经济政策的一致性（Szyszczak,

2006; Trubek and Trubek, 2005)。开放式协调法的理念是通过成员国的经常性公开评价形成同辈压力，即使没有强制措施和制裁手段，最终也能推动各成员国政策的趋同。同时，这一方法也鼓励各国之间互相交流，营造有利于创新的环境（Dehousse, 2003）。通过建立监督和交流的常规程序，成员国之间可以互相交换最佳实践做法，最终制定出更好的政策。

在最为复杂的情况下，开放式协调法可采用以下工具（Radaelli, 2003）：

- 行动指导方针；
- 设置基准，交流最佳实践；
- 多边监督；
- 指标；
- 迭代过程；
- 通过国内立法和政策实施。

欧盟倡导使用开放式协调法以达到欧盟的共同目标，同时保持各成员国的多样性。这一特点在欧盟新增12个成员国后显得尤为重要，因为新成员国具有极大的异质性，尤其是与老成员国相比。然而，这一差异性应被视为优势，而非阻碍，并且可以为政策试验和相互学习提供更多机会（Zeitlin, 2005）。开放式协调法极具灵活性，其行动方针可以根据某一成员国的独特特征进行调整。这种权利更加分散的治理方法允许各种不同层级的机构参与其中，将各成员国、社会合作伙伴及各国民间团体融为一体。

共同目标有助于促进国与国之间的协调合作。对欧盟来说，理事会已建立了未来发展的框架，并将医疗卫生改革的主要目标定位于以下三点（Social Protection Committee, 2002）：

- **可及性**：民众需要获得最新医疗保健服务的机会，各国政府需确保贫困人群也享有充足的医疗服务。对长期照护服务来说，这些问题涉及全局性服务战略的各个组成部分，包括家庭、技术及支持性环境等。

- **质量**：民众要求医疗卫生和长期照护服务的质量尽可能达到最高标准。这一目标涉及标准的制定和控制、成本效益、执业许可和资格认证、对病人权利的界定等议题。

- **财政可持续性**：医疗卫生保健开支的增加已成为欧盟各成员国的主要负担。因此，可持续性和成本控制是医疗卫生和长期照护服务改革与设计的重要方面，不仅包括限额配给和成本效益，也包括为服务使用者和提供者建立适当的激励机制。

为了发展多学科、综合性的养老模式，欧共同体将以前在社会包容、医疗卫生服务、养老金领域分别实施的开放式协调法合并为“社会开放式协调法”（Social OMC）。欧盟启动了“欧洲积极健康老龄化创新伙伴关系计划”（European Innovation Partnership on Active & Healthy Ageing, AHA），计划到2020年将平均健康寿命延长2年（European Commission, 2011a）。这一计划关注三个核心领域：（1）预防、筛查及早期诊断；（2）护理和治疗；（3）积极老龄化和独立生活。在这些核心领域中，AHA已组建了6

个行动小组，解决具体的问题（如“帮助预防机能减退和身体衰弱”），并致力于联合公共（欧盟、国家或地方层面）和社会利益团体，共享信息，寻求创新的解决方法来满足老人的需求（European Commission, 2011b）。AHA旨在建立一个组合现有欧盟结构的平台，促进联合研究，相互交流最佳实践做法（Social Protection Committee, 2014）。但是，长期照护服务的设计和融资依然由各成员国自己负责，欧盟只是将其活动限制于开放式协调法的范围之内。

为了提供高效优质的长期照护服务，欧洲开放式协调法强调通过数据收集进行知识建构，并将其看作满足人口需求的一个重要方面。政府必须收集数据，为长期照护服务的各种决策提供充足信息，并且在必要时对现行政策进行调整。本节关注产能规划过程及绩效评价，并概述了几个国家在改进老龄政策决策时经常使用的数据。

### 产能规划、需求分析及预测

确保长期照护服务供应充足是政府的一项主要目标。除了确保惠及穷人的公平性问题之外，相关政府部门还必须确保服务提供者满足服务的有效需求。对于产能规划，政府需收集充足的数据资料来评估当地需求。此外，要建立服务及时的医疗卫生保健基础设施，必须在能力建设或服务模式转变方面具有一定的远见。许多国家运用预测方法来估计未来需求的变化，在私营部门的规章制度和激励措施的调整方面预留空间。

机构养老服务尤其需要长期规划，因为其服务供应不像居家养老服务市场那样有求必应。但是，这两个服务市场都缺乏合格的护理人员，这些护理人员在进入劳动力市场之前需要接受一定时间的培训。机构养老服务能力经常以每千名老人所拥有的床位数来衡量。<sup>1</sup>在现行体制下，可以从等候名单或空闲床位数来了解长期照护服务的需求，若有很多老人等着入住养老机构或者平均等待的时间很长，说明长期照护服务不能满足人口需求，因此需考虑扩大服务供给。相反，若有许多空闲床位，则说明养老服务供大于求，但也有可能表明服务与人口需求不匹配。如果没有规章制度以保证服务质量或者如果服务价格过高，尽管有需求，仍然会存在大量的空闲床位。

然而，这些衡量方法的使用还应从现行长期照护服务体系和人口动态变化的角度进行考虑。对养老服务的有效需求并不简单地代表养老服务需求。机构养老通常是老人的最后选择，只有在其他方式都行不通时才选择这种养老方式。因此，机构养老的有效需求由以下因素决定：（1）养老需求；（2）是否可以获得非正式照料；（3）对养老机构化的社会态度；（4）是否可以获得合适的居家养老服务及其价格；（5）养老院的成本和服务质量（Zhan et al., 2006）。

在这样的背景下，政治议程成为决定养老有效需求的重要因素。例如，增加服务提供者的财政补贴及消费者代金券可以降低服务费用，增加对养老服务的有效需

1 指65岁及以上的老年人。其他衡量指标评估人均床位数或总人口床位数，有时也评估养老机构的数量。

求，因此进行产能规划时要将公平性纳入考量。另外，如果是否能获得公共资助或入住养老机构取决于个人的失能程度，严格的政策不仅会降低入院率，也会缩减住院时间，因为重症患者的生存时间较短，对床位的需求时间也随之减少（Zhang et al., 2012）。

国际经验突显了在社会服务预算有限的情况下提供充足机构养老服务的挑战性。许多欧盟国家在长期照护服务领域花费的金额占国内生产总值（GDP）的比例很高，以确保每位老人都能得到维持人类尊严的最低水平的照护服务，尽管他们的身体和心智功能都已衰退。由于具有精心设计的社会福利和保障体系，服务需求和住院服务需求之间的联系更为紧密，因而也更容易预测。如果服务需求继续增长，以居家养老为主的养老方式行不通了，那么人们必定会转向机构养老。即使机构养老费用常常由老人自己或其家属支付，但养老保险或公共福利通常会支付其中的大部分费用。而且，大多数欧洲国家的社会福利体系都会解决无收入老人的食宿问题。

尽管决定机构养老需求的因素很多，但欧洲国家在进行产能规划时，常常将养老需求的变化（人口转型）视为其主要决定因素。这在一定程度上是合理的，因为支付能力、社会规范及政府架构在短期内不太可能发生变化。在德国，联邦政府负责产能规划，而预测工作则由各地方政府独立进行。基于人口普查数据，统计部门预测未来需求的不同发展模式。最简单的是假定随着时间的推移，人到了一定年龄后都会失能，其他发展模式需要考虑一些额外的变化趋势，如某一年龄群体的失能率变化或对居家养老的偏好减小等。这些预测为养老服务需求设立了上限和下限，可以用来改进地方政府的决策（Burger et al., 2011）。

英国的个人社会服务研究小组（Personal Social Services Research Unit, PSSRU）根据所采用的模式，可以做出四个方面的预测：将来的失能老人数量、对长期照护服务和残疾补助金的可能需求量、满足这一需求的成本，以及所需要的社会服务劳动力队伍（Wittenberg et al., 2006）。该模式使用从不同来源获得的数据来解释家庭构成、离婚率和非正式照护供应。专栏10.1对这一模式进行了详细描述。值得注意的是，与中国快速变化的养老服务业相比，英国的服务需求发展更具一致性。如果服务供应和需求变化很大，并且具有异质性，那么所做预测的准确度会有所下降。

此外，英国医疗服务质量委员会（Care Quality Commission, CQC）从2015年年中就已开始履行市场监管职责，评估那些被认定为难以替代的服务提供者的财政可持续性。为了保证能够持续提供民众需求的各项服务，当计划内的服务提供者有可能无法继续提供服务时，医疗服务质量委员会将及时告知地方当局。难以替代的服务提供者是那些规模很大、在人口稀少的地区占主导地位，或者能够提供非常专业化服务的提供者。在这种情况下，服务提供者必须将保密信息上报医疗服务质量委员会，以便对它们的财务现状进行评估（CQC, 2015b）。

## 专栏 10.1 个人社会服务研究小组宏观模式的基本情况

个人社会服务研究小组模式采用以下方法预测 2002—2041 年对正式服务的需求：

- 该模式使用人口调查数据[这里是指“综合住户统计调查”(General Household Survey, GHS)], 根据日常生活活动能力(ADL)或工具性日常生活活动能力(IADL), 将老人按不同年龄和性别组划分为六个类别, 从类别 1(指没有任何活动障碍的老人)到类别 6(指居住在社区、不能独立完成 2 项及以上 ADL 项目的老人以及住在养老机构或长期住院的老人)不等。

- 该模式包括关于家庭构成和非正式照护的政府统计资料和 GHS 数据。根据婚姻状况将人们分为两类: 已婚或同居, 以及单身、丧偶、离婚或分居; 然后再根据是否和子女一起生活及是否接受非正式照料(基于 GHS 的估计)进一步细分, 最终共划分出八个类别。在这一模式也考虑了是否有房子这一情况, 因为通过住房情况可以得知老人的社会经济状况及已享受的政府补助。根据这些类别, 该模式将人群划分为 1000 个不同的单元组。

- 以上预测被用来评估正式服务需求。该模式根据人口普查信息和医疗卫生基础设施数据来估算每一单元组人群和正式服务需求之间的关系, 利用逻辑回归分析估算住院服务需求和居家服务需求。然后, 根据预计出的需求估算开支及对护理人员的需求。

基本模式所做预测基于以下几个假设。首先, 这一模式假定有些关系长时间保持不变(如接受子女提供的非正式照护的倾向性)。其次, 对一些非常量模式组成要素可以进行预测(如人口的年龄分布变化), 这些要素将引起长期照护服务需求的变化。由于这两种变化都不确定, 该模式可用于检测最终结果对设定误差的敏感性。例如, 如果非正式照护供给每年比 2002 年的基准比例减少 1%, 结果将会发生怎样的变化? 敏感性分析的结果可以提供一系列的可能结果, 然后再根据新数据来调整预测结果。

资料来源: 基于 Wittenberg et al. (2006)。

## 监控体系效能

建设综合的长期照护服务体系首先要预备充足的产能, 其次则需要对长期照护服务的质量进行监控。尽管最先进的服务供给应该具有个性化, 并适应地区差异, 但欧盟的经验表明在政策推进过程中的某些阶段则要求更和谐、更集中的决策。各国政府应致力于明确国家(或超国家)目标, 目标可以由广大利益相关者共同确定, 以此作为评估政策有效性的衡量基准。

需要制定一套明确的指标, 用来衡量地方政府为达成共同目标而做出的努力。收集可靠数据可以发现具体领域中存在的不足, 对政策干预进行评价, 并评估其成本效益。然而, 对经合组织国家的研究表明, 在确定长期照护服务领域的有效指标方面, 目前仍没有多少可借鉴的经验。而且, 具体干预措施难以评估, 因为养老服务越来越一体化, 不利于对个别结果的评估(Zeitlin, 2005)。

有关服务质量的可靠有效数据对利益相关者会很有帮助, 具体体现在以下几个方面(OECD/European Union, 2013):

- 帮助服务提供者管理服务项目和护理人员。

- 帮助护理人员决定工作地点。
- 为消费者提供信息，选择服务提供者。
- 帮助购买者就资源分配做出明智决定。
- 帮助政策决策者为服务提供者设立衡量基准。
- 可以对不同国家的服务性能进行比较。

在数据收集方面发生了一系列变化，最初收集投入数据，然后转向收集产出数据，近期开始收集服务结果数据。导致这一转变的原因受到一般医疗卫生行业的影响。既然长期照护服务的最终目标是改善失能老人及其家庭的生活状况，那么好的服务绩效应该使利益相关者的生活更为舒适，提高他们的幸福感。

但是，长期照护服务本身的特点决定了长期照护服务结果评价要比评价急症医疗服务困难得多。需要服务的老人通常都有无法治愈的身体上的或认知方面的问题，好的照护服务可以提高他们的生活质量。另外，主观评价的方法对患有严重痴呆症的老人并不可行。因此，照护服务临床质量和最少投入标准仍然是长期照护服务领域中常用的衡量指标。然而，随着综合生活质量衡量方法的引入，对客观和主观组成要素进行多维度考量，并整体评价长期照护服务，以确保有尊严的老龄化（OECD/European Union, 2013）。目前，欧盟对长期照护服务进行定位也需要更具全局性的绩效指标，因为一体化长期照护服务模式使对单个投入或产出的评价失去意义。

在很多国家，长期照护服务衡量的发展严重滞后，远远落后于医疗卫生服务。根据欧盟指导方针，社会指标应该建立在现有数据之上，但是社会开放式协调法（即医疗卫生和长期照护服务）的指标组合应成为能够监控共同目标的综合有效工具，同时也是方法论要求的最小集合（European Commission, 2009）。到目前为止，医疗卫生服务和长期照护服务有大约30个社会衡量指标，根据三大目标（可及性、质量、财政可持续性）划分为主要指标和辅助指标以及环境指标。<sup>1</sup>但是，有些指标仍在准备阶段，同时也缺乏衡量服务质量和生活质量的相关指标（OECD/European Union, 2013; European Commission, 2015）。

为了制定更好的指标体系，欧盟资助了“以结果为导向的质量管理指标体系——发展机构养老的标杆管理”项目。该项目的两大主要目标分别是：“所选成员国进行经验交流，收集、筛选并验证以结果为导向的养老机构组织层面的质量指标”和“探讨并学习如何使用以结果为导向的指标及如何培养养老机构管理人员，以应对相关挑战”（Leichsenring, 2011）。项目已经制定了94个指标，共分为五大类别（见表10.1），包含在已出版的指南手册中（Maas et al., 2010）。

以结果为导向的指标的确定主要基于以下五个标准：

- 可行性：对养老机构日常运营相关数据的收集是否简便可行？
- 有效性/可靠性：指标是否能够有效衡量指定领域的质量？

1 有关完整的指标集和数据收集的进展，请参见 European Commission（2015）。

- 可比性：数据是否能进行养老机构内部或不同养老机构之间的、不同时期的、不同服务提供者之间的比较？
- 引导性：指标是否可以促使养老机构改善其服务？
- 可定量性：指标是否能够量化（数字、指数、分数等形式）？

表 10.1 机构养老的指标类别概述

	领域	相关人员	指标
1	服务质量	入院老人、员工	1—24
2	生活质量	入院老人、家属、朋友、员工	25—70
3	领导能力	管理人员、员工	71—87
4	经济效益	管理人员、资助者	88—91
5	环境	资助者、立法者、供应商、公众	92—94

对于手册中列出的每一项指标都给出了精确定义、操作性定义和衡量方法（见表 10.2 所提供的示例）。相关人员应从列表中选择最相关的指标，但一次不超过 10—15 项。利益相关者使用这些以结果为导向的指标来衡量服务结果，有助于改善成本效益、提高服务质量。引入这些衡量工具的成本相对较低，但需要进行足够的培训并得到管理者对这些指标的效用的认可（Leichsenring, 2010）。

表 10.2 指标示例

指标	20号	38号
定义	患血栓症的入院老人比例	认为入院老人获得了适当的医疗卫生服务的亲属/朋友比例
操作性定义	在每年的指定日期，或者基于持续性医疗文档进行衡量	基于每年的满意度调查或与亲属/朋友的定性访谈
测量/计算公式	分子：患血栓症的入院老人数 分母：已评估的入院老人数	分子：认为入院老人获得了适当的医疗卫生服务的亲属/朋友数 分母：参与调查的亲属/朋友总数
用途/目的	这一指标旨在加强血栓症的预防工作	这一指标为观察入院老人是否能享受必要的医疗卫生服务提供了另一视角。医疗卫生服务可以改善他们的整体机能和健康状况，最终提高生活质量
相关人员	入院老人	亲属/朋友
主题	服务质量和安全	生活质量，健康促进
来源	PROGRESS, 2010	NCHR&D Forum, 2007

有些国家已经在全国范围内开始实施长期照护服务体系的结果评测工作。例如，英国近期通过了“2014年医疗服务法案”（Care Act in 2014），要求地方政府对老人的健康负责。服务提供者需根据英国医疗服务质量委员会（CQC）制定的国家标准进行注册

登记，接受不间断的监控。检查工作将按照 CQC 综合质量保证计划中的指导原则进行，从以下几个方面对相关机构进行评估（CQC，2015a）：

- 是否安全？指老年人不受虐待，并且可以避免不必要的伤害。
- 是否有效？指老年人不受虐待，并且可以避免不必要的伤害。
- 是否关爱老人？指员工态度积极，友善且尊重地对待老年人。
- 是否满足需求？指服务项目能够满足老年人的需求。
- 管理是否得当？指机构的领导和管理能够确保提供以人为本的优质服务，支持学习和创新，营造一个公平开放的氛围。

要回答这些问题，检查小组需要利用图 10.2 概括的不同来源的信息。这四个信息领域综合了数据库和访谈等不同类型的数据收集方式，涉及所有利益相关者。CQC 公布的指南手册为服务提供者提供了清楚明了的信息（CQC，2015a）。对服务提供者绩效的评价基于一致性原则，以确保结果的可比性。地方政府可以利用这些信息资料来建立一个公共评级体系（给养老机构评定级别，从优秀至不合格不等），帮助消费者选择服务提供者。

图 10.2 基于 CQC (2015a) 的质量评估信息来源



但是，与医疗卫生行业不同的是，对成人社会养老服务智能监控（Adult Social Care Intelligent Monitoring, ASCIM）指标的使用仍然远远不足。迄今为止，指标未能囊括所有五个关键维度，CQC 缺乏足够的可靠数据来公布养老机构的指标绩效。目前的指标



集大多只涉及安全和领导能力这两个维度。<sup>1</sup>

为了解决全套指标集的缺乏问题，尤其是生活质量的评估指标，英国个人社会服务研究小组研发了成人社会养老服务结果衡量工具包（Adult Social Care Outcome Toolkit, ASCOT），并对其进行了检测，以便衡量社会养老服务的结果。该工具包包括与社会养老服务有关的生活质量（social care-related quality-of-life, SCRQoL）的八个领域，这些领域被视为养老服务行业的衡量工具，相当于医疗卫生行业中广泛使用的生活质量调整后生存时间（quality adjusted life-years, QALY）结果衡量指标（Netten et al., 2012）。ASCOT为弹性基准工具，可应用于各种情况。近期对该工具包进行了调整，以监控机构养老服务质量，但仍然处于检测起步阶段（Towers et al., 2015）。表10.3详细描述了调整后的ASCOT所涵盖的八个领域。

表 10.3 调整后的ASCOT所涵盖领域及其定义

养老机构相关领域	定义
住宿：房间干净舒适	入住老人的房间干净舒适，老年人很满意。卧室和共享空间设计精心，便于老年人四处活动，能够满足入住老人的卫生和社会养老需求
个人卫生和舒适度：干净整洁	入住老人干净整洁，穿衣打扮可以满足他们的个人需求和意愿
饮食：可口，营养丰富	入住老人吃得很好。饮食健康均衡，并且多样化，包括他们喜欢并需要的食物
个人安全：有安全感，远离各种担忧恐慌	入住老人有安全感，不会受到身体和心理上的伤害，得到危险应对方面的支持
社会交际：花时间与人交往	入住老人与他们喜欢的人进行交际，参与社会活动。支持他们与家属、朋友（养老院内和养老院外的）、护工及其他人建立亲密关系
有事可做：有要做的事情	入住老人自己或与他人一起做他们喜欢或重视的事情。支持他们继续做以前从事的活动
对日常生活的选择和掌控：有选择权，感觉可以控制自己的生活	入住老人可以选择和控制他们的日常生活，感觉自己在服务、日常生活和活动等方面“有话语权”，自己的意见得到尊重
尊严：受到员工的尊重	友善且尊重地对待入住老人。员工应斟酌他们的说话内容和说话方式，在提供服务时考虑入住老人的感情

资料来源：基于Towers et al. (2015)。

根据入院式养老机构的需求，地方政府对质量评估指标进行了调整，由个人检查小组观察并与养老机构的利益相关者进行访谈。与可行性和有效性相关的初步结果似乎对地方政府很有利。工具包以地方政府的现场检查和访谈为基础，并且建议：

1 有关ASCIM的完整指标集，请参见CQC（2016）。

- 进行两个小时的结构观察；
- 至少与 5 名入住老人进行访谈（每次 2—3 名）；
- 至多与 5 名员工进行访谈（每次 2—3 名）；
- 如果可以，与家属和探访者进行交谈；
- 与养老机构管理人员进行访谈。

除了欧洲，世界其他国家也在致力于评估、监测长期照护服务的绩效表现。在发生了一系列丑闻之后，长期照护服务业已成为美国管理最为规范的行业之一（OECD/European Union, 2013）。美国政府负责确保养老服务机构的服务绩效，定期进行突击检查，虽然这一做法饱受非议，被批评为花费高昂、效率低下。美国还需继续努力，增加消费者的选择，提高信息的可及性，采用更基于市场的方式来激励服务提供者改进其服务质量。在一个公共网站上，<sup>1</sup>对各养老机构进行比较，并按照五星级制评定等级，评级主要基于卫生检查、员工配置和质量衡量这三个方面的数据。这些质量衡量工具包括不同的指标（如患有尿路感染的长期入院老人比例），可以分别对长期入院和短期入院人员进行评估。<sup>2</sup>但是，该网站未能涵盖所有的养老机构，只能比较获得认证的医疗保险制度及医疗补助计划服务提供者。

在韩国，自 2008 年起长期照护服务机构就已纳入质量评估计划，所有服务机构每年都必须接受质量评估。评估方案包括评估的时间和相关指标，并向公众公开。在评估之前，对服务提供者召开介绍会，确保检查的公正透明。医疗保险审查和评估机构（Health Insurance Review and Assessment Services, HIRA）利用管理性数据、保险理赔及调查数据进行结构、过程和结果方面的评估，包含 36 项质量指标，并将所有指标的绩效总结为一个综合指标分数，在年度报告上公布。部分指标的评估结果见表 10.4。基于这一综合性评估体系，医疗保险审查和评估机构以及公众可以很容易地监控服务提供者的服务质量，从而促进整个行业的发展（HIRA, 2011）。

表 10.4 韩国长期照护医院的评估结果示例

指标类别	指标名称		总平均数 (自 2009 年起)	
患者安全	已安装的防滑地板比率（浴室、厕所和楼梯）	2010	75.7	(25.0 ↑)
		2009	50.7	
医疗服务队伍	夜晚或假期有值班医生	2010	36.4	(6.2 ↑)
		2009	30.2	
其他人力资源	一位理疗师照顾的患者数量	2010	65.2	

<sup>1</sup> <https://www.medicare.gov/nursinghomecompare/profile.html>。同样，自 2015 年开始，加拿大也提供比较长期照护服务提供者的工具（CIHI, 2015）。

<sup>2</sup> 有关完整的指标集，请参见 <https://www.medicare.gov/NursingHomeCompare/About/Quality-Measures-Info.html>。

续表

指标类别	指标名称		总平均数 (自2009年起)	
医疗设备	每张床位的吸氧设备数量	2010	24.2	(2.0↑)
		2009	22.2	
过程	留置导管的患者比率(高风险人群)	2010	22.7	(1.4↓)
		2009	24.1	
结果	有新增褥疮的患者比率(高风险人群)	2010	1.5	(1.2↓)
		2009	2.7	

资料来源：基于HIRA(2011)。

## 10.4 政策创新和现代治理方法

目前，政策决策者和从业人员认为长期照护服务体系的设计应该以定制化居家或社区养老服务为基础，包括：(1) 上门医疗服务、居家照料、家庭援助及家庭调整；(2) 日间或短期住院、日托服务及交通、夜托服务中心、服务住宿条件；(3) 远程援助(European Commission, 2007)。

但是，积极老龄化和以消费者为中心的做法仍然相对较新，并且有效的国际经验非常有限。另外，这些做法是否能成功很容易受到实施环境的影响，也可能受益于迭代决策和相互交流。对于这种复杂并且相互依赖的体系，单纯依靠分权化市场来寻求创新做法不太可能形成最佳解决方案(Marengo and Dosi, 2005)。

因此，政策学习和试点成为现代政策制定过程中的重要一环。为建设各种不同的长期照护项目，地方政府要求国家提供资金并给予足够的自主权，以便和私营部门进行合作，寻求创新做法。通过失败寻求成功理念的创新文化也必不可少。好的政策试点要求有充分的事前规划及精细的监控框架，允许对干预手段进行事后评价。本节概述了成功政策试点的框架，提供了一些国际实例，说明如何利用已有经验来大规模改进决策过程。

### 政策试点和随机对照试验

小规模项目的设计经常受到以往的成功做法或国际经验的影响，但具体干预措施的有效性仍然不确定。虽然创造性和地区差异有利于试点工作，但监控框架应高度标准化，以使得结果具有可比性，从而确保影响评估的可靠性。影响评估更为困难，因果关系的确定通常要求进行研究设计，而研究设计多与道德伦理或短期政治利益相冲突。

确定因果效应的最佳方法是采用随机对照试验(randomized controlled trial, RCT)的框架。随机对照试验最初多用于医学领域，随机抽取治疗组和对照组来确定某种药物的因果效应。如何进行随机对照试验，请详见White et al.(2014)。这一方法后来被引入政治学领域，但经常面临应用方面的问题。对政策的评估试验常常因为公众压力

或人们认为对照组可能遭受不公平对待而失败。清楚明确的政策评估带来的长期效益还不足以抵消这些试验引起的短期问题。

为了避免随机对照试验导致的困境，已经研制出了一些新方法，要求收集更为精确复杂的数据来评价治疗效果，但同时又不需要非常严格的研究设计（King et al., 2007）。虽然随机对照试验框架不可行，但在地方上进行小规模试验或许有助于评估干预措施的有效性（WeDO, 2012）。这些地方性政策应该用标准化手段来进行评价，以使结果具有可比性。这些信息资料有助于相关部门决定哪种政策在大规模推广后获得成功的可能性最大。但是，由于推广后这些政策的实施环境会大不相同，地方政府需要有一个交流平台，和全国及地方的公立及私营利益相关者讨论政策设计，允许根据当地特点进行调整，做出明智决定。为此，欧盟启动了AHA计划，将所有相关社会领域都纳入进来，寻求有效解决方案，提高效率。

### 同行评议

为了宣传推广各国政府的经验，开放式协调法采用同行评议来促进各地的相互交流与学习。要进行同行评议，主办国需要邀请其他成员国和主要利益相关者来参加会议，接受反馈意见，并讨论下一步的政策规划。自2008年以来，医疗卫生和长期照护服务领域的同行评议会议已举办了10余次，重点讨论了长期照护服务人员的流动性、服务质量、养老政策的优先领域等方面的问题。<sup>1</sup>

最近一次的同行评议会议在斯洛文尼亚召开，重点讨论“长期照护服务—可持续性融资问题”。<sup>2</sup>在会议召开之前，各国和利益相关团体提交了对斯洛文尼亚政府提出的主要问题的答复。欧盟网站上的一篇公开报告详细描述了同行评议的精髓所在。通过同行评议获得的经验知识不仅可以影响斯洛文尼亚政府的长期照护服务政策，同时也加深了欧洲国家对养老服务融资面临的重要问题的认识。通过同行评议，各国可以获得丰富的学习资料和个案研究资料，进而转化为最佳做法指南。

### 欧洲学期计划

同行评议采用以需求为导向、以计划为中心的方式来完善政策，而欧共同体同时也设立了衡量基准，用更正规的方式评价各国政府为实现“欧洲2020战略”提出的共同目标<sup>3</sup>所做出的努力。基于可比数据，欧共同体对区域性绩效进行评价，并评估采取行动的必要性。尽管长期照护服务并不是“欧洲2020战略”的直接目标，但在消除贫穷和社会排斥平台旗舰计划中论及了该议题。

每年的“欧洲学期”计划详细论述了这一反复的“报告—建议”过程。欧共同体在每年年初公布国家报告，评估指标绩效，指出结构性问题，并且凸显需要各国政府特

1 <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?year=0&country=0&theme=9&catId=1024&langId=en&mode=searchSubmit#searchDiv>

2 <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en&newsId=2097&furtherNews=yes>

3 欧盟目标根据各国的具体情况进行了调整。

别关注的进展和领域。随后，各国提交国家改革计划（National Reform Program, NRP），概述本国在促进可持续性及其包容性发展方面所做出的努力。根据国家报告的分析框架和国家改革计划的内容，欧共体提供“国别建议”（Country Specific Recommendations, CSRs），规定了今后12—18个月的可实现目标。虽然不遵循建议会受到公共财政方面的制裁，但欧共体并不具备法律依据来实施社会政策改革。欧共体定稿之前，各国政府要对“国别建议”进行讨论。为了实现“国别建议”中的目标，欧共体通过严密监控和相互交流等手段为各成员国提供支持。这样，可以通过同行评议和开放式协调法的另一个工具来学习最佳实践做法。

## 10.5 对中国的启示

中国对长期照护服务的规划设计需要注重效益，为全体人民提供一个可持续的解决方案。直到目前，中国才刚刚启动了全民医疗保险制度和综合公共养老服务体系。尽管已经推行了一些试点项目，但大多数老年人仍然无法得到足够的长期照护服务，并且这些服务按次收费，缺乏质量监控（Feng et al., 2012; Li et al., 2013）。随着人口和经济的转变，中国政府必须采取行动，使更多的人能够获得长期照护服务，并照顾不太富裕的人群。但是，扩大长期照护服务的供给极具挑战性，因为人口统计预测高龄老年人口数量将会急剧增加，而这一群体最需要长期照护服务（Li et al., 2009）。

中国在长期照护服务政策方面几乎没有任何经验，因此必须学习其他国家的经验教训，在规划设计国家体系时借鉴国际最佳做法。但是，简单地照搬他国政策是不可能成功的，中国政府需要将其融入本国的国家框架中，并根据本国的具体情况进行调整（Heilmann, 2008）。因此，上述国际经验只能为我们提供发展方向或先进理念，而具体做法仍需要在实践中不断摸索。

社会服务的发展与目标明确程度及相应指标的制定状况息息相关，各级政府分工明确有利于实施问责机制（Gash et al., 2013）。在《中国老龄事业发展“十二五”规划》中，中国政府描绘了长期照护服务的未来发展方向，确定了具体目标，但没有明确的责任划分，许多领域仍然含混不清。而2013年公布的关于老年人优惠政策的文件<sup>1</sup>中也没有提供具体细节。同样发布于2013年的国务院《关于加快发展养老服务业的若干意见》则确定了到2020年发展养老服务体系的具体目标。另外，中国中央政府已经实施了新修订的《老年人权益保障法》，该法律明确规定了各政府部门的相关职责。

国务院负责制定颁发养老服务方面的国家规划，而地方政府（镇级政府以上）则根据国家规划进行统筹安排，制定地方年度计划。为了加快养老服务体系的建设，国务院和相关部委制定了养老服务机构、养老服务质量、服务从业人员等相关标准。各级地方政府必须制定计划，确保老人享有基本医疗服务的权利，鼓励并支持社会力量

1 <http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2014/10/Preferential-Policies-for-the-Elderly.doc>

提供居家养老服务，发展社区养老服务。同时，地方政府也需要将养老服务机构的建设纳入城乡发展规划之中，统筹安排建设用地和建筑材料。

近年来，中国在能力建设方面已取得了长足的进步。根据“十二五”规划，政府需在2011—2015年期间增加342万张养老床位，全国每千名老人拥有养老床位数达到30张（Feng et al., 2012），接近其他亚洲国家的水平。到2020年，每千名老人拥有养老床位数应增至35—40张，将提高服务覆盖面这一目标纳入社会经济发展规划之中（State Council, 2013）。

然而，目前似乎没有多少关于养老服务有效需求的信息资料，这与人口统计发展滞后密切相关。目前，中国非常依赖人口普查数据，而人口普查每10年进行一次，“难以满足政府了解人口动态变化的需要，无法提前做出预测，难以更好地指导政策决策及公共服务管理”（Juan, 2014）。

为了发展以需求为驱动的长期照护服务业，政府需要更有效的数据和统计工具。现有数据来源应与新数据相结合，对现有服务供应以及地方需求进行评估。在这一背景下，全国老龄委近期宣布将对20万名老年人进行大规模调查（Wang, 2015），另外将提供多种数据信息来源，这有助于了解养老服务领域的供需差异（见专栏10.2）。采用类似于英国个人社会服务研究小组的方法，数据集可以与服务提供者的信息进行比较，估测养老服务的供应和需求关系。关于现有服务项目等待时间的全国统计数据也有助于了解养老服务需求。

---

## 专栏 10.2 长期照护服务的可能数据来源

在中国，老年人口数据主要来自国家统计局进行的人口普查和人口抽样调查。有些老年研究机构及一些大学也组织了很多关于老年人口的社会调查。这些调查活动提供了全面的基本数据，有助于了解中国老年人口的处境、养老服务需求和未来发展方向。

**中国城乡老年人口状况抽样调查。**中国城乡老年人口状况抽样调查旨在为老龄政策决策、老龄事业发展规划提供科学依据，促进养老服务体系建设，同时也为老龄化问题的科研工作提供基础数据支持。这项调查由全国老龄委办公室组织实施，分别于2000年、2006年、2010年、2015年进行抽样调查。调查对象为60岁及以上老人。调查内容包括人口基本信息、工作、养老金发放、住房、社区服务、社会参与、老年服务需求、医疗保障、健康状况等多个方面。

**中国健康与养老追踪调查（CHARLS）。**中国健康与养老追踪调查旨在收集一套代表中国45岁及以上中老年人家庭和个人的高质量微观数据，用以分析我国人口老龄化问题，推动老龄化问题的跨学科研究。这项调查由北京大学国家发展研究院支持实施。调查内容包括个人基本信息、家庭结构和经济支持、健康状况、体格测量、医疗服务利用和医疗保险、工作、退休和养老金、收入、消费、资产、社区基本情况等。

**中国老年健康影响因素跟踪调查（CLHLS）。**中国老年健康影响因素跟踪调查旨在更好地理解影响人类健康长寿的社会、行为、环境与生物学因素。首次调查于1998年由北京大学组织进行，并得到了美国老龄研究院的资助。随后的跟踪调查分别是在2000年、2002年、2005年、2008年、2011年以及2013年进行的。调查对象为60岁及以上老人。

中国老年社会追踪调查 (CLASS)。中国老年社会追踪调查旨在收集中国老年人口基本情况，了解老年人在衰老过程中面临的各种问题，为中国政府修订人口政策和社会保障政策提供数据支持。这项调查由中国人民大学老年学研究所组织实施，调查对象为29个省份中的60岁及以上老人，调查内容包括老人基本信息、日常生活方式、养老金水平和居住安排、家庭和社区养老资源等。

---

综合居家养老等新型养老方式的出现将改变对机构养老服务的需求，同时中国正处在大规模转型期，这些因素使得精确估计养老需求变得尤为困难。尽管如此，国家还是应该坚持对市场动态进行监控，并向公众公布相关信息。这些数据资料对于如何向地方委托机构分配资金而言至关重要，也有助于确保更有效地使用公共资金。

就服务质量来说，数据收集和评估应该成为地方委托的一个组成要素，并按照国家标准执行。这些信息对监控服务提供者而言极为重要，同时还可以使中央政府对各地方政府的绩效表现进行比较。但是，正如国际经验所示，确定有效指标非常困难。虽然从理论上来说，使用结果衡量指标更具优势，但许多国家（包括欧盟国家）仍然依赖于投入和产出指标。具体使用哪一种指标取决于数据收集成本和对应收益之间的平衡。

为了能提供一个全面的概览，数据收集的覆盖面应尽量广泛。由于数据收集成本高昂，服务提供者缺乏动力去收集这类数据并传送给政府官员。因此，质量评估应该成为采购合同的规定内容，或者成为获取长期照护服务许可证的必要条件。另一个选择是通过定期质量检查向公众收集数据。如果可行，最好使用自动程序来收集数据。可使用不同的指标来衡量居家或机构养老服务，但将国际经验引入中国时必须对有效性测试进行研究。

与欧洲的方法相类似，各地为实现养老服务领域的共同目标所作出的努力也应该由某一个机构来进行调控。“十二五”规划明确提出要建立老年人信息采集、数据分析平台。全国老龄委办公室的工作职责与欧盟AHA相类似，包括促进国际交流与国内知识创新。许多非政府机构也应积极参与老龄化研究，提供政策咨询，如人民大学老年学研究所、中国社会科学院人口与劳动经济研究所、清华大学老年学研究中心等。近年来，所谓的民间智库也为老龄政策研究出谋划策，包括中民养老规划院、欧英明德咨询集团、中国公益研究院、中国老龄产业协会等。加强与这些机构的合作交流有助于改进未来的政策决策 (Xia and Qian, 2014)。

如前所述，养老服务的几个领域都需要进行全国性协调。首先，一体化长期照护服务体系依赖于医疗卫生服务、社会服务及养老金制度，而它们都分属于不同的政府机构。其次，需要制定国家指导方针和质量标准来统一地方政府的行为。再次，全国性统计工作要求数据采集具有一致性，可以监控、评估整个行业的绩效。最后，通过向地方政府进行咨询，促进不同利益相关者之间的交流，可以为有效政策的制定提供重要信息资料。后两项工作或许可以借鉴开放式协调法使用的工具，如同行评议或更

加制度化的“欧洲学期”计划。

为建设创新性高效养老服务体系，现代治理理念建议各利益相关方携起手来，共同进行迭代式的、由下向上的实验性尝试。国际社会常常误以为中国的政策都是由上而下的中央集权式。恰恰相反，中国政府经常采用由下向上的实验性政策策略（Heilmann et al., 2013）。这种“分级式试验”意味着在地方上进行反复的政策试验和调整，寻求最佳做法以便在全国推广。这种方式与欧洲开放式协调法的某些核心特征极其相似，已经在一些地区成功推行。许多试点项目已经进入到正式推广阶段，彻底改变了中国的经济政策（如国有企业改革）和结构。大力推行计划调控最小化这一举措可以被视为中国经济崛起的一个重要促成因素（Heilmann, 2008）。2013年发布的《关于加快发展养老服务业的若干意见》大力推广政策试验方法。

然而，这一方法在社会保障领域未能影响全国性的政策。例如，已经实行了若干试点项目以改善农村地区的医疗卫生服务体系，但这些试点项目未能在全国范围内推行。到2003年，大约80%的农村人口仍然没有医疗保险（World Bank, 2005）。这一方法在社会领域中难以成功的原因可能是试点项目主要是帮助下层社会，地方精英层获得的利益非常有限，因而他们没有动力去促使试点项目获得成功（Duflo et al., 2005）。

为了促进社会政策试验具有成效，地方政府必须进行创新，但应与中央政府协调一致，坚定承诺，接受监督，形成强有力的执行力。正如上文所强调的，需要严格的评估监控框架对这类试验的成本效益进行评估，使结果具有可比性。由于政策试验的设计对评估意义重大，试验设计应该采用标准化程序。如果完全随机对照这一黄金标准不可行，也可以用其他经过验证的方法来代替（Oliver et al., 2010; Stoker and John, 2009）。

与大多数西方国家不同的是，中国政府在法律方面没有过多的限制，这类项目可以自由地开展。在长期照护服务领域，实施过程几乎不需要面对制度或法律上的限制，这似乎是一个优势。鉴于其巨大的服务供应方面的公共知识库以及强有力的执行能力，中国政府具备所有的外在先决条件，可以缩小长期照护服务的覆盖缺口。

但是，由于许多老年人的经济状况很差，即使最高效的养老服务行业也需要大量的公共资金，以满足老龄化社会日益增长的需求。因此，建立合适的养老服务融资机制仍然是一项主要挑战。

## 参考文献

- Burger, F., M. Weber, and D. S. Landkreisen. 2011. "Vorausberechnung der Pflegebedürftigen und des Pflegepersonals für Baden-Württemberg bis 2030."
- CIHI. 2015. "Canada provides a tool to compare LTC providers since 2015". Your Health System. <http://yourhealthsystem.cihi.ca/>.
- CQC. 2015a. "How CQC regulates : Community adult social care services Provider handbook." (March): . [http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20150327\\_asc\\_community\\_services\\_provider\\_handbook\\_march\\_15\\_update\\_01](http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20150327_asc_community_services_provider_handbook_march_15_update_01).



- pdf.
- CQC.2015b. “Market Oversight of ‘difficult to replace’ providers of adult social care Guidance for providers.” (March). . [http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20150327\\_market\\_oversight\\_full\\_guide\\_providers.pdf](http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20150327_market_oversight_full_guide_providers.pdf).
- CQC.2016. “Intelligent Monitoring Adult social care Indicators” .(January). [http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20160105\\_Adult\\_Social\\_Care\\_Intelligent\\_Monitoring\\_Indicators\\_and\\_Methodology\\_for\\_publication.pdf](http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20160105_Adult_Social_Care_Intelligent_Monitoring_Indicators_and_Methodology_for_publication.pdf).
- Dehousse, Renaud.2003. “The Open Method of Coordination: a New Policy.” *Les Cahiers européens de Sciences Po*, 3. [https://www.researchgate.net/publication/48854093\\_The\\_Open\\_Method\\_of\\_Coordination\\_a\\_New\\_Policy\\_Paradigm](https://www.researchgate.net/publication/48854093_The_Open_Method_of_Coordination_a_New_Policy_Paradigm).
- Dolowitz, David P., Marsh David.2000. “Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making.” *Governance*, 13 (1): p:5. . doi:10.1111/0952-1895.00121.
- Duflo, Esther, Greg Fischer, and Raghavendra Chattopadhyay.2005. “Efficiency and rent seeking in local government : Evidence from randomized policy experiments in India.” Department of Economics, Massachusetts Institute of Technology. [https://www.povertyactionlab.org/sites/default/files/publications/107\\_Duflo\\_Efficiency\\_and\\_Rent\\_Seeking.pdf](https://www.povertyactionlab.org/sites/default/files/publications/107_Duflo_Efficiency_and_Rent_Seeking.pdf).
- European Commission. “Employment.” <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?year=0&country=0&theme=9&catId=1024&langId=en&mode=searchSubmit#searchDiv>.
- European Commission.2004. “Modernising social protection for the development of high-quality, accessible and sustainable health care and long-term care: support for the national strategies using the ‘open method of coordination’ .” [http://ec.europa.eu/employment\\_social/soc-prot/healthcare/com\\_04\\_304\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/com_04_304_en.pdf).
- European Commission.2007. “Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2007.” doi:ISBN 20978-92-79-05561-4.
- European Commission.2009. “Portfolio of Indicators for the Monitoring of the European Strategy for Social Protection and Social Inclusion - 2009 Update.” <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3882&langId=en>.
- European Commission.2011a. “Operational Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing.” [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/operational\\_plan.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/operational_plan.pdf#view=fit&pagemode=none).
- European Commission.2011b. “Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing.” [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/implementation\\_plan.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/implementation_plan.pdf#view=fit&pagemode=none).
- European Commission.2014. “Peer Review in Slovenia: Long-term care - the problem of sustainable financing” <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en&newsId=2097&furtherNews=yes>.
- European Commission.2015. “Social Protection Committee Indicators Sub- group Portfolio of EU Social Indicators for the Monitoring of Progress Towards the EU Objectives for Social Protection and Social Inclusion 2015 Update.” doi:10.2767/929097.
- Feng, Zhanlian, ChangLiu, Xiping Guan and Vincent Mor.2012. ‘s China’s rapidly aging population creates policy challenges in shaping a viable long-term care system. *Health Affairs*, 31(12), p.2764-2773.
- Gash, Tom, Nehal Davison, Sam Sims and Louisa Hotson.2013. “Making Public Service Markets Work.” [http://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/Making\\_public\\_service\\_markets\\_work\\_final\\_0.pdf](http://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/Making_public_service_markets_work_final_0.pdf).
- Heilmann, Sebastian, Lea Shih and Andreas Hofem.2013. “National Planning and Local Technology Zones: Experimental Governance in China’s Torch Programme.” *The China Quarterly*, 216, p:896 - 919. . doi:10.1017/S0305741013001057.
- Heilmann, Sebastian.2008. “Policy experimentation in China’s economic rise.” *Studies in Comparative*

- International Development 43 (1):p:1 - 26.doi:10.1007/s12116-007-9014-4.
- HIRA.2011. "Comprehensive Quality Report of National Health Insurance." Health Insurance Review and Assessment Service, Seoul.[http://www.hira.or.kr/eng/news/02/1212222\\_25619.html](http://www.hira.or.kr/eng/news/02/1212222_25619.html).
- Nauwelaers, C. and R. Wintjes. 2008. Innovation policy, innovation in policy: policy learning within and across systems and clusters. In: *Innovation Policy in Europe Measurement and Strategy*.
- Humburg, Martin .2008. "The Open Method of Coordination ad European Integration–The Example of European Education Policy." Berlin Working Paper on European Integration (8): [http://www.polsoz.fu-berlin.de/polwiss/forschung/international/europa/arbeitspapiere/2008-8\\_Humburg\\_OpenMethodofCoordination.pdf](http://www.polsoz.fu-berlin.de/polwiss/forschung/international/europa/arbeitspapiere/2008-8_Humburg_OpenMethodofCoordination.pdf).
- Juan, Shan.2014. "China to improve population forecasting." p:17573820. . [http://www.chinadaily.com.cn/china/2014npcandcpc/2014-03/11/content\\_17340059.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/2014npcandcpc/2014-03/11/content_17340059.htm).
- King, Gary, EmmanuelaGakido,NirmalaRavishanka,Ryan T .Moore,JasonLakin,ManettVargas,Martha Maria Tellez-Rojo,Juan Eugenio Hernandez Avila,Mauricio . Hernandez Avila and Hector Hernandez Llamas.2007. "A 'politically robust' experimental design for public policy evaluation, with application to the Mexican universal health insurance program." *Journal of policy analysis and management* : [the journal of the Association for Public Policy Analysis and Management] 26 (3): p:479 - 506. . doi:10.1002/pam.
- Leichsenring, Kai.2010. "Quality management in residential care by result- oriented performance indicators." <http://interlinks.euro.centre.org/model/example/QualityManagementInResidentialCareByResultOrientedPerformanceIndicators>.
- Leichsenring, Kai.2011. "Quality management by result-oriented indicators : Towards benchmarking in residential care for older people." *Management* (June): p:1 - 16.
- Li, Mei, Yang Zhang, Zhenyu Zhang, Ying Zhang, Litao Zhou and Kun Chen.2013. "Rural–urban differences in the long-term care of the disabled elderly in China." *PLoS ONE*, 8 (11): p:1 - 7. doi:10.1371/journal.pone.0079955.
- Li, Qiang, MiekeReuser, Cornelia Kraus and Juha Alho.2009. "Ageing of a giant: A stochastic population forecast for China, 2006–2060." *Journal of Population Research*, 26 (1): p:21 - 50. doi:10.1007/s12546-008-9004-z.
- Maas, F., F. Hoffmann, R. Rodrigues, andHovenier, A. .2010. "Measuring Progress: Indicators for care homes." doi:10.1086/454495.
- Marengo, Luigi and Giovanni Dosi.2005. "Division of labor, organizational coordination and market mechanisms in collective problem-solving." *Journal of Economic Behavior and Organization*, 58 (2): p:303 - 326. doi:10.1016/j.jebo.2004.03.020.
- Clare Nauwalers , and René Wintjes. 2008. "Innovation policy, innovation in policy: policy learning within and across systems and clusters." In: *Innovation Policy in Europe Measurement and Strategy*.Publisher: Edward Elgar Publishing, pp:225–268.
- Netten, Anne, Peter Burge, Juliette Malley, DimitrisPotoglou, Ann-Marie Towers, John E Brazier, Terry Flynn, JulienForder, and Beryl Wall.2012. "Outcomes of social care for adults: developing a preference weighted measure." *Health Technology Assessment* 16(16): .doi:10.3310/hta16160.
- OECD/European Union.2013. "A Good Life in Old Age?Monitoring and Improving Quality in Long-term Care." *OECD Health Policy Studies* (ed.): OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>.
- Oliver, Sandy, Anne-Marie Bagnall, JamesThomas, JonathanShepherd, AmandaSowden, Ian White, JacDinnes, RebeccaRees, Jill L Colquitt, 10th Kathryn Oliver and Zoe Garrett.2010. "Randomised controlled trials for policy interventions: A review of reviews and meta-regression." *Health Technology Assessment* 14 (16) : p:1 - 192. doi: 10.3310/hta14160.
- Radaelli, Claudio M..2003. "The open method of coordination: A new governance architecture for the European

- Union.” <http://www.sieps.se/sites/default/files/3-20031.pdf>.
- Social Protection Committee.(2014). Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. [Online]. Available at: doi:10.2767/32352.
- Social Protection Committee.2002. “Joint EPC / SPC draft for a Council Report in the field of health care and care for the elderly .” [http://europa.eu/epc/pdf/epcsphealth\\_en.pdf](http://europa.eu/epc/pdf/epcsphealth_en.pdf).
- Social Protection Committee.2014. “Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society.” doi:10.2767/32352.
- Stoker, Gerry and Peter John.2009. “Design experiments: Engaging policy makers in the search for evidence about what works.” *Political Studies* 57 (2): p.356 - 373. doi:10.1111/j.1467-9248.2008.00756.x.
- Szyszczyk, E. (2006). Experimental Governance: The Open Method of Coordination. *European Law Journal*, 12 (4), p.486 - 502.[Online]. Available at: doi:10.1111/j.1468-0386.2006.00329.x.
- The State Council.2013. “Opinions of the State Council’s on Accelerating the Development of Services for the Aged.” <http://jnjd.mca.gov.cn/article/zyjd/zcwj/201310/20131000534003.shtml>.
- Towers, Ann-Marie, Jacquetta Holder, Nick Smith, Tanya Crowther, Ann Netten, Elizabeth Welch and Grace Collins.2015. “Adapting the adult social care outcomes toolkit (ASCOT) for use in care home quality monitoring: conceptual development and testing.” *BMC Health Services Research* 15 (1): p:304. . doi:10.1186/s12913-015-0942-9.
- Trubek, David M. and Louise Trubek. 2005. “Hard and Soft Law in the Construction of Social Europe: the Role of the Open Method of Co-ordination.” *European Law Journal* 11 (3): p:343 - 364. . doi:10.1111/j.1468-0386.2005.00263.x.
- Wang, Xiaodong.2015. “Massive survey to focus on 223,000 elderly.” *China Daily*. [http://www.chinadaily.com.cn/china/2015-07/29/content\\_21438901.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/2015-07/29/content_21438901.htm).
- WeDO.2012. “Framework for long-term care services Principles and guidelines for the wellbeing and dignity.” [http://wedo.ttp.eu/system/files/24171\\_WeDo\\_brochure\\_A4\\_48p\\_EN\\_WEB.pdf](http://wedo.ttp.eu/system/files/24171_WeDo_brochure_A4_48p_EN_WEB.pdf).
- White,Sabarwaland Hoop.2014. “Randomized Controlled Trials ( RCTs ): Methodological Briefs: Impact Evaluation 7 UNICEF Office of Research, Florence.”
- Wittenberg, Raphael, Comas-Herrera, Adelina, King, Derek, Malley, Juliette, Pickard, Linda and Darton, Robi.2006. “Future Demand for Long-Term Care, 2002 to 2041: Projections of Demand for Long-Term Care for Older People in England.” <http://eprints.lse.ac.uk/13245/>.
- World Bank.2005. “China’s Health Sector—Why Reform is Needed. Rural Health in China: Briefing Notes Series, 3.” [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/08/11/000090341\\_20050811151809/Rendered/PDF/332320ENGLISH0CHA0BN31en.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/08/11/000090341_20050811151809/Rendered/PDF/332320ENGLISH0CHA0BN31en.pdf).
- Xia, Cheng and Chen Qian.2014. “Research on the Participation of the Folk Think-Tanks in Chinese Government Policy.” *Canadian Social Science*, 10 (4) : p:125 - 129. doi:10.3968/4725.
- Zeitlin, Jonathan.2005. “Conclusion.The Open Method of Co-ordination in Action.” *Theoretical Promise, Empirical Realities, Reform Strategy.The European Employment and Social Inclusion Strategies* p:447 - 503.
- Zhan, Heying, GuangyaLiu,Xinping Guan and Hong-guang Bai.2006. “Recent developments in institutional elder care in China: changing concepts and attitudes.” *Journal of aging & social policy* 18 (2): p.85 - 108. doi:10.1300/J031v18n02\_06.
- Zhang, Yue,Martin L. Puterman,Matthew Nelson and Derek Richard Atkins.2012.. “A Simulation Optimization Approach to Long-Term Care Capacity Planning.” *Operations Research*, 60 (2): p:249 - 261.doi:10.1287/opre.1110.1026.



世界银行集团

ISBN 978-7-5095-8765-2



9 787509 587652 >

定价：75.00 元