

· 社会福利 ·

# “元问题”视域下 中国养老服务体系的发展

王杰秀 安超

**[摘要]** 长期照护压力溢出家庭、市场供需结构性失衡、照护成本分担悬而未决，是人口老龄化时代养老服务面临的三大“元问题”。从这个角度审视，我国养老服务体系存在多元主体责任重叠与空白并存，供给整合机制运转不畅，以及财政效率偏低、人才队伍建设迟缓、监督管理滞后等短板。为此，建议以解决“元问题”为基点和靶向，构建以七个子系统为骨架的中国特色养老服务体系。这具体包括：基于有益品理论的责任共担体系；多元混合的资金保障体系；事业产业融合发展的供给体系；智能化支撑的机构、社区、居家相协调的递送体系；医养康养相结合的老年健康服务体系；政府支持的养老服务人才队伍建设体系；符合现代养老服务业发展要求的监管体系。

**[关键词]** 养老服务体系；长期照护；风险共担；政府与市场

## 一、养老服务的“元问题”及其理论内涵

关于人口老龄化与养老服务发展之间关系的研判，建立在长期照护压力溢出家庭、市场供需结构失衡、照护成本分担难落实这三个“元问题”（Meta Problems）之上，它们构成了养老服务体系必须应对的根本性挑战。

### （一）长期照护压力加速溢出家庭

长期照护需求膨胀涉及人口结构与社会结构的双重变迁，前者表现为照护依赖群体规模的急剧扩张，后者反映为赡养事务由家庭领域延伸至公共领域。

1. 长期照护需求规模不断扩大。寿命延长既可能源于健康期增加，也可能以更长的带病期甚至残障期为代价，致使人口老龄化与照护需求之间的关系有了变数。按照“疾病压缩”假说（Compress of Morbidity），人类平均寿命增长有天花板，而医学进步可以不断延迟慢性病、失能及阿尔茨海默症的发生，即患病率、残障率比死亡率下降得更快，由此压缩老年人带病或残障存活时间；“疾病拓展”理论（Expansion of Morbidity）假定死亡率的下降速度快于患病率和残障率，认为寿命延长会拓展残障存活期；“动态平衡”假说（Dynamic Equilibrium）则指出，

**[作者简介]** 王杰秀，民政部政策研究中心主任、教授。主要研究方向：社会政策、社区治理。  
安超，民政部政策研究中心助理研究员。主要研究方向：老年服务、贫困治理。

带病或残障期与寿命延长同步拓展，但轻度疾病向重度疾病或残障的转移速度放缓。<sup>①</sup>如表1所示，2000—2016年，英美德瑞日韩等发达国家预期寿命的年均增长率普遍高于健康寿命（Healthy Life Expectancy）增速，大致符合“疾病拓展”或“动态平衡”，而中国、印度的健康寿命年均增长率快于预期寿命，更接近“疾病压缩”。相关研究也发现，1991—2011年，英国身体功能性健康余寿呈现动态平衡模式；<sup>②</sup>2008年中国80岁及以上老年人的死亡率和失能率均较1998年明显降低，呈现“疾病压缩”模式。<sup>③</sup>综上，尽管面临“未富先老”的不利局面，但我国应对社会赡养危机仍有转圜余地：一方面，我国正处于老龄化“初级阶段”，预期寿命、健康寿命均低于发达国家，有更大提升空间；另一方面，得益于经济增长与医疗、康复、生活辅助设施条件的改善，我国健康寿命增速较快。

表1 部分国家预期寿命和健康预期寿命变化趋势（2000—2016年）

		2000年	2005年	2010年	2015年	2016年	年均增长率(%)	预期和健康寿命年均增长率差值(%)
美国	预期寿命	76.90	77.60	78.70	78.60	78.50	0.13	0.03
	健康预期寿命	67.40	67.90	68.70	68.60	68.50	0.10	
英国	预期寿命	77.90	79.10	80.60	81.10	81.40	0.28	0.02
	健康预期寿命	69.00	69.90	71.30	71.70	71.90	0.26	
德国	预期寿命	78.10	79.30	80.10	80.60	81.00	0.23	0.01
	健康预期寿命	69.20	70.20	70.90	71.30	71.60	0.21	
瑞典	预期寿命	79.70	80.60	81.50	82.10	82.40	0.21	0.03
	健康预期寿命	70.40	71.20	71.90	72.30	72.40	0.18	
日本	预期寿命	81.30	82.10	83.00	84.00	84.20	0.22	0.02
	健康预期寿命	72.50	73.20	73.80	74.70	74.80	0.20	
韩国	预期寿命	76.30	78.70	80.70	82.30	82.70	0.50	0.07
	健康预期寿命	68.10	69.90	71.40	72.70	73.00	0.44	
中国	预期寿命	72.10	74.20	75.20	76.20	76.40	0.36	-0.01
	健康预期寿命	64.80	66.70	67.60	68.40	68.70	0.37	
印度	预期寿命	62.50	64.50	66.70	68.50	68.80	0.60	-0.04
	健康预期寿命	53.50	55.30	57.40	58.90	59.30	0.65	

资料来源：WHO, *Healthy Life Expectancy (HALE) at Birth (years)*, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/healthy-life-expectancy-\(hale\)-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/healthy-life-expectancy-(hale)-at-birth-(years)), April 6, 2018.

我国长期照护需求规模究竟多大，一直没有定谳。国家卫生健康委公布，截至2018年底，我国失能、半失能老年人约4400万。人口学估计则相对保守。有研究根据2000、2006、2010年中国城乡老年人追踪调查分析提出，我国当前阶段的失能老年人约1700万，占总人口比重

① 乔晓春：《健康寿命研究的介绍与评述》，《人口与发展》2009年第2期。

② Carol Jagger, et al., "A Comparison of Health Expectancies over Two Decades in England: Results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II," *The Lancet*, 2016, 387(10020).

③ 曾毅等：《中国高龄老人健康状况和死亡率变动趋势》，《人口研究》2017年第4期。

约 1.25%，到 2050 年将达到 4000 万，占总人口的 3%。<sup>①</sup>有学者基于联合国《世界人口展望（2010）》数据，测算出我国 2015 年 60 岁及以上失能人口约为 1563 万人，2054 年我国失能老人总量将达到峰值约 4300 万人。<sup>②</sup>

2. 老年人照护负担及财务风险不断溢出家庭。在传统社会，家庭一直是老有所养的基本单位，赡养老人属于联合大家庭的公共责任。<sup>③</sup>但随着代际互动模式变迁、居住形式改变及女性劳动参与率提高，家庭养老功能加速弱化，造成代际赡养平衡压力由家庭转向社会。<sup>④</sup>马克思认为，劳动者的不断维持和再生产始终是资本再生产的条件。<sup>⑤</sup>而劳动商品化需要不断从家庭汲取资源，导致家庭再生产难以为继，威胁社会再生产的可持续性。我国市场化进程在成功实现了人民群众劳动价值的同时，也带来了闲暇时间萎缩、婚育成本激增以及家庭凝聚力下降等副作用，老年人的赡养问题不得不让位于子女的教育、就业、婚姻、生育等更紧迫的事务，子代反馈延迟、代际剥削、老年人自我剥削、隔代抚养成为家庭再生产过程中的普遍现象<sup>⑥</sup>。

## （二）市场局限性与供需失衡

规模日增的照护依赖人口能否产生有效需求，进而派生出一个完全竞争市场，自动平衡供需实现出清？这个问题的答案决定了政府干预范围，也构成了老龄化时代社会风险分配的理论起点，但理论与现实之间的张力使其充满迷思和不确定性。全球 2018 年长期照护市场规模为 9466 亿美元，预计 2019—2026 年将以 7.5% 的复合年均增长率扩张。<sup>⑦</sup>2019 年中国智慧健康养老产业规模近 3.2 万亿元，近 3 年复合增长率超过 18%，预计 2020 年产业规模将突破 4 万亿元。<sup>⑧</sup>尽管表面上看“蛋糕”很大，但养老服务市场仍面临诸多内生性障碍。

1. 市场供需适配效率偏低。理论上，养老服务市场是完全竞争领域。养老机构硬件开支、用工成本、设立难度均低于医疗机构，且几乎没有规模经济，入场门槛低；不同于急症医疗护理，照护依赖老人及其家属对时间的敏感性弱，可以花更多功夫“货比三家”；替代形式多样，服务提供商处于激烈竞争之中。<sup>⑨</sup>但现实与理论的反差较大，护理床位短缺长期且普遍存在，轮候制度被广泛使用<sup>⑩</sup>；相当比例的养老资源被闲置，偏远地区养老床位空置率较高<sup>⑪</sup>。例如，截

① 杨明旭等：《中国老年人失能率变化趋势及其影响因素研究——基于 2000，2006 和 2010SSAPUR 数据的实证分析》，《人口与发展》2018 年第 4 期。

② 景跃军等：《我国失能老人数量及其结构的定量预测分析》，《人口学刊》2017 年第 6 期。

③ 张曦：《转型期实践性养老秩序形塑机制研究——基于家庭与市场关系视角》，《兰州学刊》2019 年第 11 期。

④ 李永萍：《家庭转型视野下农村老年人危机的生成路径》，《人口与经济》2018 年第 5 期。

⑤ 马克思：《资本论》（第 1 卷），人民出版社，2004 年，第 660 页。

⑥ 张雪霖：《城市化背景下的农村新三代家庭结构分析》，《西北农林科技大学学报（社会科学版）》2015 年第 5 期。

⑦ Grand View Research, *Long Term Care Market Size, Share and Trends Analysis Report By Service, By Region, Competitive Landscape, Segment Forecasts, 2019-2026*, <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/long-term-care-services-market>, September 6, 2019.

⑧ 韩鑫：《智慧养老产业规模将超 4 万亿》，《人民日报》，2020 年 1 月 7 日第 12 版。

⑨ Edward C. Norton, "Long-term Care," in Anthony J. Culyer, Joseph P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics Volume 1*, Elsevier Science B. V., 2000, p. 964.

⑩ Edward C. Norton, "Long-term Care," in Anthony J. Culyer, Joseph P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics Volume 1*, Elsevier Science B. V., 2000, p. 964.

⑪ 郑翩翩：《北京市养老机构入住率及其影响因素研究》，《社会政策研究》2019 年第 3 期。

至2019年底,我国养老机构和设施床位数达到727.1万张,但收养照料人数仅有317.3万人。<sup>①</sup>主要原因在于,老年人群处于生命周期收入曲线的低谷,对非刚性有偿服务的消费意愿较低,而“鲍莫尔成本病”——护理服务供给效率长期不变,但行业工资随社会平均工资增长——客观上限制了行业营利空间,激励供给方提供单位净利润高的养老服务,形成自发市场秩序下的供需错位。

2. 私人长期护理保险市场规模有限。私人长期护理保险属于利基市场(Niche Market),<sup>②</sup>意味着照护依赖对老年人口是一种没有得到有效预防的财务风险。<sup>③</sup>即便在私人保险覆盖率较高的美国和法国,40岁及以上人口中购买私人长护险的比例也不足10%;大部分OECD成员国私人长护险支出占长期护理总支出的比例在2%以下。<sup>④</sup>原因何在?一是个体理性局限,低估照护依赖风险。长护险属于长期合同,从签约到触发付款条件的间隔期较长。根据美国健康保险协会2000年发布的研究报告,老年人需要机构护理的平均年龄为83岁,而购买长护险的年龄通常在60岁左右。<sup>⑤</sup>个体面对跨期财务决策缺乏预见性,无法准确评估“照护依赖”这类低概率、高损失事件,所以多数人会一再推迟购买保险,直至年迈,但此时他们较难通过承保测试<sup>⑥</sup>。短视行为在中国更常见。根据《2018年国人养老准备报告》,在45—55岁的受访者当中,近85%的人尚未进行具体规划。<sup>⑦</sup>二是保险公司的成本收益充满不确定性。照护依赖发生的未来趋势是未知的,提供护理的单位成本以及投资的预期回报也不明朗。这会激励保险公司抬高风险溢价或降低受益给付,使得个人购买商业长护险很不划算。例如,有研究按65岁购买保险的平均情形估算“投保回报”的预期折现值,发现参保人每缴纳1美元保费只能得到82美分的收益。<sup>⑧</sup>

3. 养老服务质量的评估与监管面临信息不对称问题。首先,长期照护旨在帮助失能老人保持对身体功能的控制,而非明显改善健康状况,所以照护效果不易观察;其次,长期照护是社会服务与临床护理的综合,涉及功能用途各异的硬件设备、资质要求不同的专业人员,推行服务标准化殊为不易。受此影响,无论是亲属还是政府,都很难有效监测照护实施过程。这不但制约养老服务质量提升,更加重了照护依赖老人的脆弱性。据世界卫生组织估计,欧洲每年至少有400万60岁以上的老年人遭受虐待或粗暴对待。<sup>⑨</sup>

① 中华人民共和国民政部:《中国民政统计年鉴(2019)》,中国社会科学出版社,2019年,第71页。

② 参见 Francesca Colombo, et al., *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2011.

③ Jeffrey R. Brown, Amy Finkelstein, "Why Is the Market for Long-term Care Insurance So Small?" *Journal of Public Economics*, 2007, 91(10).

④ 参见 Francesca Colombo, et al., *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2011.

⑤ 参见 Health Insurance Association of America, *Who Buys LTC Insurance in 2000?*, Washington D.C., 2000.

⑥ 参见 Francesca Colombo, et al., *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2011.

⑦ 参见清华大学老龄社会研究中心、经济管理学院中国保险与风险管理研究中心、腾讯金融科技智库:《2018年国人养老准备报告》,2018年。

⑧ Jeffrey R. Brown, Amy Finkelstein, "Why Is the Market for Long-term Care Insurance So Small?" *Journal of Public Economics*, 2007, 91(10).

⑨ 参见 OECD / European Commission, *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2013.

### （三）照护成本分配的内在矛盾凸显

市场无法满足所有溢出家庭的照护需求，“漏出”的部分应由政府、家庭、个人，按照一定分配逻辑予以承担，但多元主体之间捉摸不定的交互关系使情况变得复杂。

1. 家庭照料资源会降低老年人的有偿照护需求。配偶身体硬朗、子女众多以及“多代同堂”的居住模式会增加家庭照料的可行性，从而替代有偿的专业照护服务。有研究发现，家庭照料会显著降低老年人选择机构养老的意愿，<sup>①</sup>并对家政服务产生较强的替代效应。<sup>②</sup>同时，遗产赠予也是影响养老服务消费需求的重要因素。一种假设是，老年人非常重视家庭财富积累，希望将财产留给下一代，为了避免灾难性长期护理支出耗尽家财，老年人会购买私人保险。这种假设比较符合中国老年人“节俭”“舐犊”的总体形象，但由于我国老年人的经济收入和资产积累偏低，代际转移动机更多地转向“储蓄”而非购买保险规避意外。另一种被称为“战略遗赠动机”（Strategic Bequest Motive）的假设认为，老年人偏好子女“床前尽孝”而不是接受来自陌生人的正式照护，于是年迈父母宁可冒险用遗产换取子女的非正式照料，也不愿买商业长护险。换言之，遗赠被视为受益子女赡养父母的经济补偿。<sup>③</sup>从我国现实情形来看，对于“谁继承遗产谁养老”或者“谁养老谁继承遗产”的共识，至少在多子女家庭是成立的。不同于代际利益交换假说的是，中国家庭养老的现实可行性建立在老年人对下一代的“责任伦理”之上，老年人的付出通常远大于子女的“反哺”<sup>④</sup>。

2. 公共养老资源对家庭养老的替代效应。公共保险计划等潜在替代政策会减少老年人群对私人长期护理保险的需求。<sup>⑤</sup>研究发现，美国医疗补助计划（Medicaid）挤出了私人长期护理保险需求。<sup>⑥</sup>原因是该计划对购买私人保险征收了隐性税。经测算，对处在财富分布中位数的男性而言，隐性税率高达60%（女性为75%），即私人保单每支付5美元，便有3美元用来代替医疗补助所提供的福利给付。<sup>⑦</sup>这意味着，医疗补助计划向所有人而非最贫困群体提供了一个不充分的消费平滑机制，其严格的收入和财产“穷尽”原则削弱了个体依据照护依赖状态及存续时间实现最优消费平滑的能力。<sup>⑧</sup>同时，公共养老服务也会“挤出”家庭非正式照料。有研究认为，我国社会养老或多或少替代了家庭养老，但替代模式城乡有别。在城镇，社会养老同时弱化子女对年老

① 纪竞垚：《家庭照料对老年人机构养老意愿的影响——基于CLASS数据的实证分析》，《调研世界》2019年第1期。

② 黄枫、傅伟：《政府购买还是家庭照料？——基于家庭照料替代效应的实证分析》，《南开经济研究》2017年第1期。

③ B. Douglas Bernheim, et al., "The Strategic Bequest Motive," *Journal of Political Economy*, 1985, 93(6).

④ 杨善华、贺常梅：《责任伦理与城市居民的家庭养老——以“北京市老年人需求调查”为例》，《北京大学学报（哲学社会科学版）》2004年第1期。

⑤ 参见 Francesca Colombo, et al., *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2011.

⑥ Edward C. Norton, "Elderly Assets, Medicaid Policy, and Spend-down in Nursing Homes," *Review of Income and Wealth*, 1995, 41(3).

⑦ Jeffrey R. Brown, Amy Finkelstein, "The Interaction of Public and Private Insurance: Medicaid and the Long-term Care Insurance Market," *American Economic Review*, 2008, 98(3).

⑧ Jeffrey R. Brown, Amy Finkelstein, "The Interaction of Public and Private Insurance: Medicaid and the Long-term Care Insurance Market," *American Economic Review*, 2008, 98(3).

父母的精神慰藉和经济供养；在农村，社会养老则仅减少子女提供的生活照料。<sup>①</sup>

## 二、“元问题”视域下中国养老服务体系现实困境

根本而言，养老服务体系是对三大元问题的制度性回应，因此，从元问题视角扫描我国养老服务体系，能够更深刻把握其中的难点与瓶颈。

### （一）多元主体责任“勘界”难

面对整体性赡养结构失衡，政府、社会、家庭各怀期待与“盘算”，“多元共担”养老格局立而不稳。

1. 目标冲突、执行梗阻导致政府职责边界不够明确。一是政府决策受制于多元目标冲突，如何取舍存在分歧。保障“老有所养”、维系社保精算平衡、控制养老相关财政支出，以及发展养老服务产业提振消费、促进就业等任务产生决策目标“拥堵”。而目标排序涉及经济社会发展水平、社会问题紧迫程度、部门职责分工等诸多复杂因素的审慎权衡，使政府在养老服务领域的职能定位处于伸缩变动状态。二是条块管理影响政策目标实现效果。一方面，不同部门对养老服务的理解和推进思路有所差别，产生职责交叉、衔接不畅等问题；另一方面，事权和支出责任层层下移，凸显基层政府福利财政紧张，造成落实养老服务政策形式化。

2. 家庭对社会化养老服务的期待有所偏差，对政府存在一定依赖心理。我国较早意识到由传统“家庭养老”向“社会化养老”转变的必要性和迫切性，民政部早在1984年便提出了“社会福利社会办”。然而，由于子女普遍对“床前尽孝”表现出“无奈”“无能”“无为”<sup>②</sup>，相当一部分老年人把“社会化养老”理解为“政府管养老”。民政部政策研究中心“托底性民生保障政策支持系统建设”项目（2018）<sup>③</sup>调查数据显示，62.58%的受访老人表示政府应该承担养老责任，其中，城乡困难家庭老人持此观点的比例分别达到65.28%、64.21%，明显高于普通家庭（城市：55.97%；农村：54.76%），说明困难老年人群对政府提供的基本养老服务有很强的依赖性。

3. 社会主体将自身功能局限于承接政府购买服务，向老年人赋权增能的作用尚未彰显。社会组织尤其是社工机构本该成为社会赋权增能的工具以及链接政府、市场与老年家庭的桥梁。然而，在市场有效供给不足的情况下，社会组织和社会工作者充当了养老服务供给的补充角色。许多社工机构为了生存，也乐于扮演服务提供者的角色，以承接政府购买养老服务。但这无疑弱化了社会工作在协助老年人需求表达和引导供需对接等方面的作用，<sup>④</sup>进一步加剧了政府、市场与老年人之间的信息不对称。

① 刘一伟：《互补还是替代：“社会养老”与“家庭养老”——基于城乡差异的分析视角》，《公共管理学报》2016年第4期。

② 龙玉其、刘莹：《论立体式家庭养老服务支持体系的构建》，《湖湘论坛》2020年第1期。

③ 调查在全国29个省区市1800多个村居展开。调查对象包括4类：城市困难家庭老年人（2522个）、城市对照普通家庭老年人（807个）、农村困难家庭老年人（1513个）、农村对照普通家庭老年人（504个）。

④ 房莉杰、周盼：《“多元一体”的困境：我国养老服务体系的一个理解路径》，《江苏行政学院学报》2020年第1期。

## （二）多层次、多样化供给整合难

养老服务产品属性复杂、递送形式多样、供给内容丰富。由于缺乏有效的整合机制，我国养老服务供给呈现定位模糊、结构失衡、连续性不足等问题。

1. 事业、产业交叉重叠，限制互补效应。一是老年福利事业出现产业化倾向。例如，各地通过公建民营、民办公助等形式推动居家养老服务市场化，提高了机构运营效率，但市场主体热衷于付费服务，倾向压缩低偿或无偿服务比重以增加营利，加之价格管控效果微弱，居家养老服务的基础性与普遍性被冲淡。<sup>①</sup>二是公共养老资源挤压市场空间。政策资源向公办机构倾斜，<sup>②</sup>公办养老机构凭借成本优势对民办养老机构形成“碾压”，并拉低潜在消费群体的保留价格，使市场资源配置功能弱化，加深供需矛盾。三是政府兜底与市场空间缺乏交集，产生“夹心层”老年群体。政府主导的老年福利事业重点保障“三无”“五保”等极端脆弱老人，而市场驱动的养老产业则主要聚焦经济收入高、消费意愿强的老龄人群，造成既非兜底对象又非高收入阶层的老年人处于事业、产业“两不管”的境地。

2. 居家、社区、机构协同度偏低。一是居家养老的基础性作用有待加强。对于如何弥补非正式照料的机会成本，提高家庭养老专业化，改善家庭护理硬件条件，尽管不乏地方实践探索，但尚未形成全国性制度安排，导致专业养老服务难进“家门”，延缓了传统家庭养老向现代居家养老的转变进程。二是社区链接资源功能偏弱。社区养老作为居家、机构的“桥接器”，核心功能在于向居家养老输送专业资源，而非包揽服务供给，但在实践中社区养老常被等同于社区照顾，削弱了社区平台的资源整合功能。三是机构养老虹吸财政资源，服务供给“错位”需求。公共财政资源集中布局在专业养老机构和医养服务机构，对社区居家养老服务的支持力度相对不足。<sup>③</sup>当然，“大搞基建”也有其合理性，它是一种战略投资，用以缓解未来老龄人口激增叠加土地价格上涨造成的养老用地紧张。但由于地价和人口密度呈正比，核心区域的稀缺土地不太可能用于养老服务，导致新增养老设施与需求分布错位，<sup>④</sup>无法实现就近就便养老。

3. 医养养耦合度不足。一是医养双向互通和转介服务序列尚未理顺。<sup>⑤</sup>一方面，“医”“养”之间存在同质化竞争，部分机构以急症医疗的标准和方式承办养老服务，导致公共医疗资源被挤占浪费；另一方面，“医”“养”双向转换困难，急症医疗、慢病管理、长期照护等不同服务层次之间缺乏有效衔接，造成垂直服务网络一体化建设和整体供给效率偏低。二是支付保障滞后阻碍医养融合。当前，我国尚未建立统一的长期护理保险制度，且多数地区的医疗保险仅涵盖护理院，不包含养老院、社区居家服务，致使不同照护依赖程度的老人“涌向”被医保覆盖的住院医疗，有些医疗机构甚至出现“挂床”“压床”现象，而相当比例的养老机构则入住率偏低。三是医养结合模式仍在探索之中。“养老机构内设医疗机构”模式有助于增强养老院医护

① 丁建定、李薇：《论中国居家养老服务体系建设的核心问题》，《探索》2014年第5期。

② 胡雅坤、乔晓春：《北京市养老机构财政补贴政策与机构运营状况的关联研究》，《社会政策研究》2019年第3期。

③ 郭林：《中国养老服务70年（1949—2019）：演变脉络、政策评估、未来思路》，《社会保障评论》2019年第3期。

④ 赵新超等：《北京市社区居家养老设施供给的空间分析》，《社会政策研究》2019年第3期。

⑤ 张晓杰：《医养结合养老创新的逻辑、瓶颈与政策选择》，《西北人口》2016年第1期。

能力,但只适用于高端养老院,容易造成养老机构的两极分化,有损基本养老服务的公平性;“医疗机构内设养老院”模式有利于整合优化医院内部资源,但一些经营不善的中小医院会利用开办养老院创收,造成以“医”代“养”,浪费医保基金,而大型公立医院诊疗压力大,虽具资质却无动力推进医养结合;“养老机构与医疗机构合作”模式以“强强联合”效果最佳,但对基层医疗机构与中低端养老院而言缺乏可行性。<sup>①</sup>

### (三) 多维支持保障有待加强

养老服务体系建设是一项系统工程,需要资金、人才、监管等多方面的有力支撑。我国是在经济社会发展不平衡不充分的情况下步入老龄社会的,养老服务体系建设的保障基础尚显薄弱。

1. 财政支持方式仍有很大优化空间。一是当前养老服务财税支持体系存在结构性失衡。投机构多、投社区少;投硬件多、投人才少;投传统业态多、投创新领域少。二是公共财政投资效率相对较低。有研究基于1989—2012年统计数据测算了公共投资对养老机构规模的影响,发现政府基本建设投资每扩大1%仅能使社会养老床位数量增加0.34%,政府运营补贴无法有效促进社会养老床位规模扩张。<sup>②</sup>三是财税扶持政策落地难。金融支持养老服务体系建设的力度不够,创新性养老金融产品研发滞后,民办养老机构融资渠道不畅。同时,由于我国对免税政策的管理更侧重于税前的资格审核,审批时限较长、手续较为烦琐,养老机构申报减免税需要耗费大量精力与成本。

2. 养老服务专业人才培养困难重重。如果依据照护依赖老人与护理员3:1的配置标准估算,我国至少需要1400万护理人员。但截至2018年底,全国养老机构和设施职工人数为192.3万人,养老护理员仅为49万,<sup>③</sup>缺口巨大。究其原因,一是老年服务被视为没有前途的“苦差事”,吸引不来受教育程度较高的青壮年劳动力,从业者以“4050”人员为主,导致服务内容局限于基本生活照料,无法延伸至多元化、个性化养老需求。二是老年服务专业人才培养存在市场定位宽泛、课程设置缺乏统筹规划、教学内容随意性大、师资队伍缺乏实践经验、“工学结合”流于形式、招生就业形势较差等问题,延缓甚至制约了养老服务的专业化进程。三是薪酬待遇偏低、工作强度大,专业护理人员流失率较高。据统计,全国养老职业教育毕业生到岗第1年的离职率为30%,第2年为50%,第3年则在70%以上。<sup>④</sup>

3. 监管领域缺位与越位并存。一是监管立法滞后。养老机构设立许可取消后,事中事后监管压力和风险较大,但政府对养老服务尚未形成完整有效的监管模式;养老服务行业的标准化建设也刚刚起步,基层干部对运营主体进行监管时缺乏政策法规依据,增加了执法难度。二是监管体制缺乏有效的整合统筹机制。养老服务业涉及到生产、流通、经营、消费等各个环节,民政无法一肩挑、全承担,需要发展改革委、财政、人力资源社会保障、规划、工商、自然资源、税务、卫生、金融等部门相互协同,形成合力。而现实当中,相关职能部门对养老事业缺乏统筹规划和顶层设计,职责不清晰,形成许多监管“死角”。这既不利于养老服务产业发展,又埋下安全隐患。三是放管服的边界尺度拿捏不准,缺位、越位并存。当前养老服务监管仍带有明显“计划经济”

① 杜鹏、王雪辉:《“医养结合”与健康养老服务体系建设的思考》,《兰州学刊》2016年第11期。

② 李萌:《支持我国养老服务体系发展的财税政策研究》,财政部财政科学研究所博士论文,2015年。

③ 中华人民共和国民政部:《中国民政统计年鉴(2019)》,中国社会科学出版社,2019年,第87、109页。

④ 郭丽君等:《中国养老人才队伍培养体系》,《中国老年学杂志》2019年第14期。

色彩。一方面,政府在定价、经营决策等本该由市场决定领域管得过宽,抑制了市场资源配置功能发挥;另一方面,对一些应该由运营主体自己承担的成本、自行解决的困难,政府却积极扮演保姆角色,使许多养老机构产生了依赖,不利于组织效率与服务质量的提升。

### 三、中国多层次养老服务体系的构建

作为老龄化最令人沮丧的后果之一,与日俱增的老年人照护需求溢出家庭,使社会再生产处于紧张状态。雪上加霜的是,市场在解决与养老相关的财务风险和人力资源代际断裂方面乏善可陈。尤其对我国而言,储蓄和消费高度失衡、实际老龄化率城乡区域落差、“未富先老”“边富边老”交替呈现<sup>①</sup>、所谓“刘易斯拐点”提早来临等基本面,造成养老服务长期供求关系不均衡。<sup>②</sup>这意味着养老服务业的谋篇布局必然是国家行为,必须紧密围绕需求溢出、市场均衡、风险分配三大“元”问题,直面制度建设中的现实困境,通过构建以七大子系统为架构的养老服务体系,向亿万老年人提供多层次、立体化、全方位的综合性养老服务。

#### (一) 基于养老服务本质属性的责任共担体系

养老服务体系建设的责任与风险的分配,而分配依据在很大程度上来自公共物品理论,应基于养老服务的“有益品”属性合理划分政府、市场、家庭之间的责任边界。一是准确把握养老服务的有益品属性。在“公共-私人”物品的光谱中,以长期照护为核心的养老服务接近准公共物品,<sup>③</sup>但严格来说,它既没有非竞争性——一个人消费此物不会影响他人的消费量,也不具备非排他性——无法阻止别人受益,<sup>④</sup>故其准公共物品的假设有待商榷。从对于老年群体不可或缺但市场需求不足的情况看,养老服务符合“有益品”(Merit Goods)正外部性强但消费有限的典型特征。马斯格雷夫认为,政府应通过制定干预个人偏好和支付意愿的政策来提高这类产品的生产供给。<sup>⑤</sup>

二是加快形成政府主导、家庭尽责、社会参与的养老格局。养老服务责任分担模式可分为以美国为代表的市场导向型、以北欧为代表的普惠共济型、以德国为代表的风险共担型、以新加坡为代表的家庭基础型,<sup>⑥</sup>但由于家庭养老功能弱化、私人保险市场狭小,政府在搭建框架、创建机制、筹措资金等方面发挥了不可替代的重要作用。例如,多数 OECD 成员国都将公共筹资机制作为分摊长期照护支出的主要方式。<sup>⑦</sup>有鉴于此,首先应明确政府在构建风险共担养老保障体系中的主导地位,扮演好“安全网”“保护神”和“守夜人”的多重角色;<sup>⑧</sup>其次,基于

① 顾严:《中国还是“未富先老”吗?——基于“老”-“富”关系模式的判断》,《社会政策研究》2019年第1期。

② 张继元:《我国养老服务发展的驱动机制与实证检验》,《社会政策研究》2019年第1期。

③ 杨宜勇、杨亚哲:《论我国居家养老服务体系的发展》,《中共中央党校学报》2011年第5期。

④ Paul A. Samuelson, "The Pure Theory of Public Expenditure," *The Review of Economics and Statistics*, 1954, 36(4).

⑤ 理查德·A·马斯格雷夫、佩吉·B·马斯格雷夫著,邓子基等译:《财政理论与实践》,中国财政经济出版社,2003年,第100-105页。

⑥ 王杰秀等:《发达国家养老服务发展状况及借鉴》,《社会政策研究》2018年第2期。

⑦ 参见 Francesca Colombo, et al., *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2011.

⑧ 穆光宗:《论政府的养老责任》,《社会政策研究》2019年第4期。

我国代际互惠关系的紧密性——中国老年人在经济馈赠、就学就业、抚育后代等方面给予成年子女巨大帮助，应督促并支持成年子女积极承担赡养照顾老人的责任义务，让家庭在养老服务中起到核心支点作用；再次，应充分发挥市场和社会在预防灾难性照护支出方面的基础功能，加快形成多元主体责任共担的养老服务格局，从而稳定社会养老预期，有效化解代际赡养危机。

## （二）多元混合的养老服务资金保障体系

资金筹集是社会养老服务的动力机制。一是探索建立广泛可及、精算平衡的长期照护风险分摊机制。普遍广泛的覆盖范围、风险共担的筹资机制是长期护理保障制度建设的基本方向。风险共担机制通过扩大覆盖面“对冲”高度不确定的失能风险。因此，无论站在公平还是效率的立场，向全体国民提供基础普惠的照护服务都是理性的政策选择。我国养老服务起步较晚，但现阶段劳动力资源较为丰富、社会老年抚养负担尚可承受，扩大基本养老服务覆盖面所引致的财政支出相对可控。应牢牢抓住这一机会窗口，稳步推进长期照护服务均等化，争取以较低的成本消解照护需求压力。要说明的是，接受长期照护资格的普惠性并不排斥基于家计调查的选择性福利以及使用者付费义务。例如，荷兰的现金津贴计划虽面向所有照护依赖者，但给付水平是与收入相关的；英国以老年人收入和财产状况作为享受公共长照服务的依据<sup>①</sup>。

二是以混合策略治理财务风险，有效支持照护依赖群体。社会保险与长期护理津贴是风险分摊的两种主要机制。前者强调个人权利和义务相结合的全社会范围内互济共担；后者则是政府直接向照护依赖者发放护理津贴，供其自主选择有偿专业护理，或与非正式照料者共同使用。<sup>②</sup>我国推行这两种模式有不少困难。首先，当前经济下行压力增大，减税降费呼声高涨，单独设立强制性长期护理保险无疑会增加个人、企业的经济负担，而通过医疗保险覆盖照护费用，会加剧医保基金“穿底”风险。其次，以税收为基础的护理津贴模式多见于北欧国家，成本高昂。例如，2017年，挪威、瑞典、丹麦长期照护公共支出占GDP的比例分别为3.3%、3.7%、2.5%，均超过OECD成员国平均水平（1.7%），<sup>③</sup>我国公共财政难以承受。综上所述，我国对照护依赖成本的分担方式应采取混合策略，即综合使用社会保险、普惠式公共服务、基于家计调查的长期照护、兜底性质的现金、实物或服务救助等多样化政策工具，形成一张多层次、全方位的基本养老服务保障网络。值得强调的是，应抓紧研究论证建立长期护理保险的财政可行性，尽快制定全国统一的政策范式或指导意见，避免试点地区形成路径依赖；在补偿范围上应紧扣失能与其成本损失之间的因果关系，在补偿标准上应坚持适度原则<sup>④</sup>。

## （三）事业与产业融合发展的养老服务供给体系

要满足多层次、多样化、持续增长的社会养老需求，必须建立“事业”“产业”双轮驱动的养老服务供给体系。一是坚持“事业”“产业”的辩证统一，形成分层次、分领域的养老服务供给格局。养老事业与产业交叉重叠，源自老年人群经济禀赋的差异性、老龄产品属性的复杂性。前者意味着老年群体在照护依赖程度与支付能力上有较大差距，有些养老预算宽裕，有些甚至

① 柴化敏：《英国养老服务体系：经验和发展》，《社会政策研究》2018年第3期。

② 戴卫东、顾梦洁：《OECD国家长期护理津贴制度研究》，北京大学出版社，2018年，第8页。

③ 参见OECD, *Long-term Care*, <http://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>, 2020.

④ 曹信邦、张小凤：《中国长期护理保险制度的目标定位与实现路径》，《社会政策研究》2018年第3期。

无力承担刚性照护支出；后者指品类繁多的养老服务在“公共品-私有品”的光谱上连续分布，有的可以通过市场实现有效供给，有的则不能。养老事业、产业的“统”与“分”要因循这两个维度审慎进行。其一，要厘清养老事业与产业的基本畛域。“养老事业”重点保障城乡“三无”和经济困难等特殊老年人的基本养老服务需求，在此基础上稳步提质扩面；“养老产业”则以高收入老人为服务对象。<sup>①</sup>其二，基于实践情境消解事业与产业、政府与市场之间的模糊地带，促进养老事业与养老产业的良性互动。对于医疗、护理服务等有益品，应根据市场供给与刚性需求之间的缺口，通过政府购买服务或直接提供服务等方式，及时弥补市场供给不足，有效治理市场失灵；对于照护依赖人群，应根据功能丧失等级和家庭经济状况实施梯度救助服务，切实保障贫困失能老年人的基本生存权，并逐步向中低收入老年群体延伸服务，最终建立覆盖全民的长期护理保障制度。

二是依托国家宏观战略，扩大养老服务市场需求。城市地区消费潜力巨大、公共服务网络健全，是解决亿万老年人养老难题的重要出路。因此，养老服务供给体系的构建应紧密围绕新型城镇化的大方向、大趋势，充分发挥大中型城市及城市群基础设施健全、服务递送成本低的优势，构筑覆盖范围更广、承载能力更高、虹吸效应更强的公共养老服务网络，实现经济要素空间逻辑由过去的“人才跟着产业走”向“人才跟着公共服务走”逐步转变。在新逻辑下，基本公共服务的户籍限制将被打破，由此产生的政策红利包括：一方面，近3亿城市非户籍人口将真正实现从“漂泊族”到“新市民”的身份转换，城市之间以公共服务和生态环境为筹码的人力资源争夺战也为随迁老人进城养老提供了可能，从而释放被压抑的养老服务消费潜力；另一方面，大量农村或边远地区的老年人随子女迁入城市，拉近了城乡、区域间公共养老服务资源的人均享有量，在一定程度上促进了城乡、区域之间的动态平衡。

三是发挥价格机制，引导养老服务资源的空间重构。应充分利用价格机制，加快促进供求关系向空间均衡转移。老年人密集区域的养老院“一床难求”实属正常，因为地理位置是机构养老消费决策的首要考量因素。价格机制是解决排队入住唯一有效的办法，通过均衡价格“劝退”那些可延迟的机构养老需求，起到了“分诊台”的作用。在此基础上，政府应审慎增加边缘地域的养老设施供给，特别是在农村地区，要注重发挥县级养老服务中心的区域辐射作用；放宽开发商对配套养老服务设施的交付方式，提高社区养老资源扩容效率；健全分类定价、分类管理制度，对公办公营、公办（建）民营和民办养老机构，分别实行政府定价、协议定价、市场调节定价，最大限度发挥价格机制的资源配置功能。

#### （四）智能化为支撑的机构、社区、居家相协调的养老服务递送体系

居家、社区、机构相协调，是提升养老服务递送体系可及性，实现广大老年人就近就便享受养老服务的有效路径，而信息化、“互联网+”、人工智能等新兴技术将在其中发挥关键作用。一是运用人工智能精准识别和预测老年人服务需求。精准识别养老需求是实现居家、社区、机构融合式发展的前提，应将人工智能技术广泛应用于老年人需求表达，准确捕捉健康状况、支付能力、代际关系、生活境况等因素对养老服务需求的影响机制，为建立居家、社区、机构相

<sup>①</sup> 侯学元：《试论养老服务事业与产业的双重属性——以江苏省为例》，《社会福利（理论版）》2013年第12期。

协调的基层服务递送网络提供清晰可见的靶向。例如,有研究建议开发“健康模型”人工智能算法,深度学习老年人的身体机能、既往病史、环境场景等数据信息,预测发生重大疾病或丧失自理能力的风险。<sup>①</sup>这样,基于对真实生活场景中老年服务需求的分析识别,构建精准高效的智能化需求表达机制,使社区、机构养老设施有所“锚定”,有望大幅提升供需对接效率。<sup>②</sup>

二是依托信息通讯技术构建社区初级服务缓冲带和供需对接平台。相比于西方,中国老年人“安土重迁”情怀更浓,对“在地养老”的需求更加迫切,而社区作为机构与居家的“连接器”,应该在实现老年人“就近就便养老”愿望方面发挥关键作用。一方面,应着力打造社区居家初级服务“缓冲带”,向居家老人提供就餐、短期照料、心理慰藉等基础普惠服务,并为专业机构延伸居家社区服务提供“桥头堡”“落脚点”;另一方面,应加快建立社区养老资源整合平台,将老年人需求信息、服务递送数据、设施分布信息汇聚到统一平台,并依托基础信息数据库实现供需两端的互动反馈。社区养老的“一带一平台”可以对老年人服务需求进行初筛和分流,从而纾解居家、机构两端压力,并为“机构居家化”“居家机构化”破除信息交互梗阻。

三是推动智能化渗透养老服务网络,大幅提升递送的可及性、精准性。应当把人工智能和信息通讯技术作为推动改善服务递送质量与效率的主要工具。例如,通过远程监控技术实现专业人员对照护依赖老人及其家庭成员在线指导;利用智能居家养老设备为老人提供室内环境调节、协助生活起居等相关服务。这些新兴技术在养老服务场景中的深度渗透,可以最大程度地实现照护依赖老人在家养老,降低他们对机构照护的依赖性。<sup>③</sup>但技术应用的前提是,升级居家养老设施,拓宽家庭接受社区、机构养老服务的输送渠道,使老年家庭能够更加顺畅地对接外部养老资源。例如,上海市民政局、医疗保障局于2019年联合印发《上海市开展家庭照护床位试点方案》的通知,依托有资质的养老机构,将专业照护服务延伸至老年人家中,使老年人家中的床位成为具备“类机构”照护功能的床位。<sup>④</sup>

### (五) 医养康养相结合的老年健康服务体系

医养康养相结合通过有效整合医疗服务技术与专业照护服务,向老年人群提供连续性、全流程的综合性服务,<sup>⑤</sup>最终实现“医”“护”之间的无缝衔接、顺畅转换。一是在“医护分离”的基础上促进医养康养融合。我国医养结合步履维艰的一个主要原因在于“医护不分”。按照国际惯例,医康养各有侧重、边界清晰。“医”指的是急症诊断和治疗,以短期住院治疗服务为主;康复护理、长期照护、临终关怀则属于“康”“养”的范畴。只有医归医、养归养,才能谈医养结合。在此意义上,促进医养康养结合,必须对急症医疗与照护服务进行科学划分,在“医护分离”的基础上加强两种专业服务之间的功能互补,实现“有病治病、无病疗养”的转诊机制。当务之急是全面实施社区医养结合能力提升工程,一面补强社区医疗机构的医疗照护能力,一面强化基层养老设施的护理功能,真正实现“强强联合”。

① 杨柯、汪志涛:《人工智能赋能下的社区居家养老服务模式构建研究》,《云南行政学院学报》2020年第3期。

② 董红亚:《技术和人文双视角下智慧养老及其发展》,《社会政策研究》2019年第4期。

③ 陈莉等:《智慧社区养老服务体系构建研究》,《人口学刊》2016年第3期。

④ 王杰秀、安超:《我国大城市养老服务的特点和发展策略》,《社会政策研究》2019年第4期。

⑤ 涂爱仙:《“十二五”以来我国养老服务的发展取向:政策演化与实践路径》,《社会政策研究》2019年第1期。

二是以老年人为中心整合医疗服务与照护服务。医养康养相结合究其实质是对医疗卫生和专业照护的资源整合，所以重点并不在于创造医养结合服务供给，而是围绕老年生命周期不同阶段的不同需求，有效组织急症诊疗、康复训练、慢病管理、专业护理等服务项目的精准递送和无缝衔接。可以参考世界卫生组织倡导的老年人整合照料（ICOPE），瞄准老年群体多样化、复杂性的医疗保健及照护需求，以社区为基础提供全面、协调的综合护理服务。实施流程包括：综合评估老年人健康状况，建立“一人一册”健康档案；将保持老年人身体机能和自理能力作为家庭照料、医疗服务、专业护理的共同目标，并在此基础上制定综合护理计划；以社区居家为基础实施综合护理计划；根据老年人身体功能状况的变化及时转诊，并监测护理计划执行流程。<sup>①</sup>

#### （六）政府支持的养老服务人才队伍建设体系

非正式照料来源萎缩、专业护理人员供给不足，是老龄化国家普遍面临的难题。而我国社会上存在对养老服务工作的偏见和歧视，加剧了照护人才短缺问题，因此需要政府加大支持力度，从人才招募和保留、专业化建设，以及家庭照料帮扶等方面整合发力。

一是多措并举扩大人才供给。实施剩余劳动力激励项目，通过职业介绍、技能培训、岗位补贴，以及提供就近就便服务岗位等方式，将劳动力市场边缘群体导流至养老服务领域。例如，芬兰赫尔辛基鼓励长期失业群体帮助照料居家老人，工作培训师指导并激励他们进入护理行业。据统计，40%的家庭护理支持小组转向有偿工作或为了入行照护服务而接受培训。<sup>②</sup>我国香港鼓励老年人参与安老服务，藉此扩大养老服务队伍<sup>③</sup>。量力而行建立护理岗位补贴制度，逐步改善养老服务人员的薪酬待遇。例如，日本在地级市层面设立了专项基金，用以支持服务供应商提高雇员工资，这使受资助的服务机构将工资每月增加1.5万日元/人（约人民币996元），并且，如果拥有更多的认证护理人员或在一定时期内聘用超过特定数量的护理管理者，服务提供方还可以获得额外补贴。<sup>④</sup>此外，按照离职概率随从业时间递减的规律，实施梯度补贴，也是值得考虑的政策选项。

二是提高护理服务的专业性，开辟通畅可行、预期稳定的晋升渠道。应着眼于技能强化与机会扩展，打造更具吸引力的职业培训体系，切实提升养老服务从业经验和各类岗位培训对人力资本的积累效应，尤其是扩大从业人员进阶性职业流动的可能性。应综合运用公共就业服务网络、政府购买专业培训服务、在岗培训补贴等多种形式，在行业发展初期加快形塑养老服务的专业性。例如，日本政府资助离职者、其他行业中有意愿从事养老服务的人接受照护培训，并通过“你好工作”（Hello Work）等公共就业服务项目向求职者提供免费的长期护理训练；在职护理人员进修学习，政府会补贴机构的雇佣替换成本；来自日本照护工作基金会的长期照护能力建设顾问和职业咨询师会通过家庭或机构访问、电话和发邮件等形式向护理人员提供咨询和支持。此外，以工人为中心的政策能够增加养老服务从业人员的满意度，从而降低离职率。

① 参见 WHO, *Guidelines on Integrated Care for Older People (ICOPE)*, <https://www.who.int/ageing/publications/guidelines-icope/en/>, 2017.

② 参见 Francesca Colombo, et al., *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2011.

③ 仇楠楠、赵婷婷：《我国香港安老服务政策的发展历程与服务实践》，《社会政策研究》2018年第2期。

④ 参见 Francesca Colombo, et al., *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2011.

三是逐步加强对非正式照料网络的支持。社会养老服务需求猛增源于家庭功能弱化,在此意义上,有偿的专业护理服务与无偿的非正式照料可以互为补充、相互替代。应创制常规化的非正式照料支持政策,承认无偿照料老人的价值,重新分配夫妻之间、家庭和国家之间的赡养负担。具体措施包括由公共部门直接提供老年护理服务;向需要照料失能老人的劳动者、无偿照顾者或需要照顾的人提供与护理有关的社会保护和福利转移;改善社区护理基础设施;落实照料老人的带薪休假政策,鼓励更具弹性的工作制度,扶持有养老负担的家庭寻找工作和养老之间的平衡。<sup>①</sup>

### (七) 符合现代养老服务业发展要求的监督管理体系

随着“放管服”改革不断深入,我国养老服务监管体制迎来新一轮优化升级,重心由事前移至事中事后,更加强调过程监管和结果考核,更加突显跨部门协同监管的重要性。新规旧政转换中的信息断环与监管盲区值得警惕,关键是搭建好以提升养老服务质量为根本目标的统合性制度框架,并依据现实绩效审慎选择和使用政策工具。

一是“包容审慎”施加管制约束,夯实养老服务质量基准线。取消设立许可并非放弃准入门槛,允许“泥沙俱下”,而是在守住底线的前提下“开闸放水”,为社会资本进入养老服务业集中“清障”。几乎所有 OECD 成员国都要求养老机构必须通过官方许可、注册或认证,但准入程序通常“就低不就高”,即按照最低可接受的服务质量确定最低限度的要素投入。有鉴于此,应按照成本效益最大化的原则理解和设定监管标准,既要强化养老服务安全底线,又要适当放宽行业准入门槛,追求以最少管制、最低成本,确保安全性,提升可及性,充分释放养老服务市场活力,实现质量监管与服务效率之间的动态平衡;建立集建筑、消防、卫生、环保、服务等规范于一体的综合性、强制性标准底线,通过整合精简监管标准,夯实养老服务的起跑线、基准线,降低准入门槛,有效疏通“消防审验难”等堵点;加大强制性国家标准贯彻落实的审查力度,防范、排查、整治服务安全隐患。例如,在葡萄牙,有5个区域性协作团队根据国家最低标准对服务提供商开展动态监测和年度审计。<sup>②</sup>

二是加强过程监管和标准化建设,通过科学合理的监测指标确保服务结果达到预期。需求评估或护理过程标准化,以及对护理过程或结果进行监控,是提高护理质量的有效工具。建议以安全性、有效性、回应性为基本框架,研究制定更具科学性、操作性、通用性的基准绩效,基于实践经验,科学归纳并建立护理服务的标杆规范;推进老年人能力和需求评估工作,统筹面向机构养老、社区养老和居家养老的服务监管,结合养老行业信用体系建设逐步实行养老服务信息公开制度;<sup>③</sup>根据标准化需求评估对护理过程和结果进行监控,最大限度减少护理质量的不确定性。

三是运用市场激励改进服务质量,主要措施包括以绩效为基础的财务激励和服务提供者之间的竞争机制。<sup>④</sup>应广泛引入基于绩效的支付计划(Pay-for-Performance Schemes, P4P),以

① 参见 ILO, *Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work*, Geneva, 2018.

② 参见 OECD / European Commission, *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2013.

③ 赵洁:《养老服务监管的国际经验及启示》,《社会政策研究》2019年第2期。

④ 参见 OECD / European Commission, *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2013.

鼓励供应商改善流程,提高护理质量。例如,美国纽约州、威斯康辛州、亚利桑那州在机构养老领域推行了一种基于价值的采购模式(Value-based Purchasing Model),<sup>①</sup>服务供应商需要接受严格的绩效评估,标准包括员工资质、诊疗与护理的适当性等方面,高质量的服务设施可以获得额外退税或补贴。日本在介护保险支付条款中增添了“面向绩优服务商的财务激励”,若经过有效护理可由住院转为居家的老人达到一定数量,养老院可以得到额外的支付积分。<sup>②</sup>基于服务绩效的支付计划践行了“新公共管理”行动范式,意在推动基本养老服务的民营化,并通过加强服务供给商之间的准市场竞争,切实改善养老服务质量。

## Reforming Elderly Services System with Chinese Characteristics from the Perspective of "Meta-Problems"

Wang Jiexiu, An Chao

(Policy Research Center, Ministry of Civil Affairs of the People's Republic of China, Beijing 100721, China)

**Abstract:** Long-term care needs exceeding the ability of family support, the imbalance between supply and demand, and unresolved care cost sharing are the three major "meta-problems" facing elderly care services in the aging society. From this perspective, there are some problems with China's elderly service system: the coexistence of overlaps and the vacuum of responsibilities; the poorly-functioning mechanism for coordinating diversified suppliers; the inefficient use of public financing, human resource shortage, and the lack of supervision. Targeting the "meta-problems", we suggest that China should build an elderly care service system with seven components, namely: a responsibility sharing system based on the "merit goods" theory; a financing system with diversified funding sources; a supply system integrating public and private suppliers; a service delivery system coordinating institutional care, community care, and home care; an elderly healthcare service system combining medical care, rehabilitation nursing, and long-term care; a training system supported by the government for elder care professionals; and a new elderly care services regulatory system to discipline elderly care services.

**Key words:** elderly care services; long-term care; risk sharing; government and market

(责任编辑:郭林)

① Rachel M. Werner, et al., "Impact of Public Reporting on Unreported Quality of Care," *Health Services Research*, 2009, 44(21).

② 参见 OECD / European Commission, *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2013.