

“十四五”期间提升老龄人口 医养服务路径的思考

杨燕绥 秦 晨 李超凡

[摘要] 医养服务主要指高龄老人对急诊急救、慢性病管理、失能失智照护和临终安宁服务的需要。医养结合即指上述服务供给的整合与可及性，重在体系建设，而非机构内部的结合。在新时期，中国需要“培育有效需求”和“提高医护可及性”。本文以养老资产、PPP供给体制和医养可及性三个要件，构建培育医养服务有效需求的理论模型。重点讨论“整合医护”和“医护可及性”的内涵与实现路径，为更好执行“十四五”规划的相关内容建言。

[关键词] 医养服务；整合医护；医护可及性；有效需求；PPP供给体制

[中图分类号] D63

[文献标识码] A

DOI:10.14150/j.cnki.1674-7453.2021.01.002

2020年11月2日，党中央审议通过了《关于促进养老托育服务健康发展的意见》（以下简称《意见》）。国家“十四五”规划纲要（以下简称《纲要》）提出：“顺应消费升级趋势，提升传统消费，培育新型消费，适当增加公共消费”的总体设计。2013年，国务院发布《关于加快发展养老服务业的若干意见》（国发〔2013〕35号，以下简称“35号文”），标志中国医养服务的启动阶段，截至2019年年末（民政部公布数据）全国提供住宿的养老机构数达到34065个，养老机构床位429.17万张。“十四五”期间，我国发展

医养服务需要培育有效需求、建设优质高效且可及的医养服务体系。

一、医养服务需求的主要特征

（一）发达国家大数据分析

人口老龄化是生产力发达和社会进步的结果，买方市场的特征越来越明显，需要投资和消费两架马车拉动经济。经济学意义的需求由消费需要和与之匹配的购买力组成，这是产业发展的必要条件。

[基金项目] 国家社科基金重大项目（17ZDA121）；深圳人文社会科学重点研究基地项目（20199730040）。

[作者简介] 杨燕绥，清华大学医院管理研究院教授、博士生导师；秦晨，清华大学公共管理学院博士生；李超凡，深圳市人文社会科学重点研究基地、清华大学医院管理研究院博士后。

“学习贯彻党的十九届五中全会精神”专题

根据联合国《世界人口老龄化报告》的划分标准,本文将老龄社会发展分为进入、深度和超级三个阶段,并制定了进阶的时间表(见表1)。^[1]比较 OECD 主要成员国家的大数据可以发现医养服务需求的主要特征:一是人口老龄化伴随着人均 GDP 的提升,从 1 万美元、2 万美元到 4 万美元;二是人口老龄化伴随卫生支出总额和 GDP 占比呈现双驱动增长的态势,从 6%、8% 到 10%;三是卫生支出结构向预防、康复和长期护理倾斜,特别是值得关注的是长期护理支出占 GDP 的比例等阶提升,从 0.5%、1.0% 到 1.5%;四是国民预期寿命随之增长,从 75 岁、80 岁到 85 岁甚至更高。综上所述,人口老龄化与经济增长、卫生

支出和国民预期寿命具有正相关性。

(二) 我国医养服务需求及其主要特征

2019 年我国人均 GDP 达到 1 万美元,与发达国家同期比较处于相对低的水平,但我国国民预期寿命达到 77.4 岁,已经达到深度老龄社会的中期水平,即未富先老。由此决定我国“十四五”期间医养服务需求的主要特征如下:

一是三类医养服务需求:杜鹏等国内学者认为,主要医养服务需求如下,低龄老人(75 岁以下)以养带医期间的慢性病管理需求;^[2]高龄老人(76 岁以上)以医代养期间的失能失智医护需求;临终老人(60-90 天)的安宁服务需求。

二是有效需求不足。医养服务支付能力包括

表1 OECD主要成员国家发展大数据和典型国家人口老龄化发展时间表

OECD 主要成员国家相关大数据均值	美国	德国	日本	中国	世界
进入老龄社会(65+人口占 7%);人均 GDP\$1 万[OECD 主要国家 2005 年不变价 1970 年数据],卫生支出占 GDP 的 6%,其中预防康复 3.5%,护理 0.5%;总和生育率>1.8;国民均寿期初 70 岁-期末 75 岁	1950	1950	1970	2000 \$800	2005
过渡期	65	25	25	25	30
深度老龄社会(65+, 14%);人均 GDP\$2 万[OECD 主要国家 2005 年不变价 2000 年数据],卫生支出占 GDP8%,其中预防康复 4%,护理 1.0%;总和生育率>1.8;国民均寿期初 75 岁-期末 80 岁	2015	1975	1995	2025 以前	2035
过渡期	15	35	15	10	10
超级老龄社会(65+, 20%)人均 GDP\$4 万[OECD 主要国家 2015 年不变价 2000 年数据],卫生支出占 GDP 的 10%,其中预防康复 4.5%,护理占 1.5%;总和生育率>1.8;国民均寿期初 80 岁-更高	2030	2010	2010	2035 以前	2045

资料来源:联合国《世界人口老龄化报告》(1950-2050), OECD 数据,清华大学就业与社会保障研究中心,胡乃军博士、于淼博士整理(2018版)

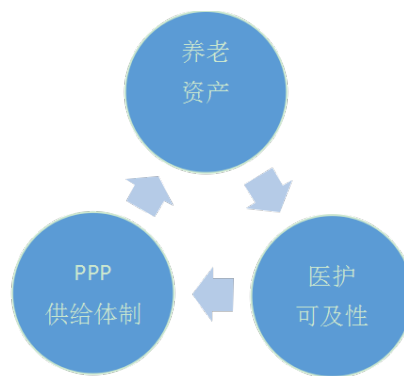
养老金、医疗保险、养老房产、养老金融资产和家庭互济等。未富先老和分配不均,决定我国居民医养服务支付的整体能力有限,部分群体严重不足。有调研报告显示,2017年老年护理人员平均月薪4200万元,不足以支持医养服务人力资源和市场的发展,护理机构和养老机构的人员流失比较严重。^[3]

三是医养服务供给可及性不足。医养结合重在体系建设,并非机构建设。一味要求医院办养老和养老机构办医疗,1+1=1的思维将会降低医疗机构的效率、提高养老机构的成本,其实二者均无力提供完整的医养服务。比较人均GDP1千美元时“要想富、先修路”的发展目标,如今我国人均GDP超过1万美元,要健康长寿、先完善社区医护体系,支持居家养老。社区医护包括家庭医生团队签约服务、居民健康档案管理、急诊与全专融合的基本医护服务,服务圈半径为15分钟以内,加之互联网医院问诊复诊,由此提高老年人医护可及性。目前,我国存在重医轻护、资源分布不均衡等问题。OECD主要国家大数据均值显示(见表1),进入社区的疾病预防、康复和护理占卫生总费用60%左右,医疗仅占30%左右,医疗资源配置呈现正三角型布局。2019年,国家卫生健康委统计公报数据显示,医院机构床位数占比78.0%、基础医疗机构占比18.5%;卫生人员医院占比60.2%、基础医疗机构占比32.3%;诊疗人次医院占比44.0%、基层医疗机构占比52%^①。三级医疗机构床位数和医护人员数大于二级和一级医疗机构,会导致医疗行为前置性倒流的情况,例如,“病治好、人未愈”的患者在三级医院“压床”和请“护工”照护;失能和失智者在康复医院超期“转科”;失智者混住失能者护理区被“捆床”的问题;临终患者“闯入”急诊室和“长住”重症监护室,由医疗设备和药物陪伴,远离了亲属的抚慰,甚至酿成伤医事件。

二、医养服务有效需求的理论模型构建

《纲要》提出“顺应消费升级趋势,提升传统消费,培育新型消费,适当增加公共消费”,为培育有效需求制定规划奠定了基础。有效需求是总供给与总需求相等从而处于均衡状态的社会总需求,它包括消费需求(消费支出)和投资需求(投资支出),并决定社会就业量和国民收入的大小。我国未富先老的国情和医养服务需求人口特征决定,培育医养服务有效需求有三个必要条件(见图1),即养老资产、政府与社会合作的供给体制(PPP)、老年医护服务可及性。基于这三个条件建立理论模型,在居民拥有养老资产的基础上,大力发展政府与社会合作的PPP规划,打造具有可及性的卫生医护体系,对不同支付能力人群均可实现医养服务价格弹性小于1,做到人人享有医养服务。

图1 医养服务有效需求的三个必要条件



(一) 养老资产

狭义养老资产即指个人拥有的,预期带来个人老年时期医养服务利益和权益的资源,包括流动资金、权益产品、固定资产等,如养老金、医

^①参见国家卫生健康委《2019年卫生健康事业发展统计公报》。

“学习贯彻党的十九届五中全会精神”专题

疗保险和护理保险、房产和其它资源。广义养老资产具有社会财富的属性,预期带来社会利益,包括公共资源配置、社会保险和商业保险等权益资产和个人资产。

1. 国家养老金。养老金是老年日常开支的现金流,以替代率为指标进行绩效考核与国际比较,是培育医养服务有效需求的金融工具。国家养老金由基本养老金、职业年金(含企业年金)和个人养老金构成,^[4]由此形成养老金总替代率和支付能力。进入老龄社会要夯实基本养老金缴费和待遇基准,养老金替代率不再攀升;深度老龄社会要完善三支柱养老金结构,大力发展企业年金和个人养老金,激励就业和养老理财,提高总和养老金替代率;超级老龄社会要创新养老金文化,提高劳动人口年龄,建立早减晚增的领取机制,确保养老金计划可持续发展。1997-2018年间,我国与时俱进建立了三支柱养老金制度。目前,基本养老金月均支付3500元(地区差异从2000元-5000元),可以保证日常开支,不含照护费用。2019年年末,全国有9.6万户企业建立了企业年金,参加职工2548万人,占基本养老保险参保职工总数的5.9%。^①个人养老金仅启动了延税型商业保险一个项目,不足以形成老年照护的支付能力。“十四五”期间,在实现基本养老金全国统筹的基础上,需要大力促进企业年金和个人养老金两个计划的发展。

2. 医疗保险。医疗保险是老年参保人的医疗开支的第三方支付者和医养服务质量的监督者,以分担率作为绩效指标和进行国际比较,是培育医养服务有效需求的权益工具。医疗保险包括基本医疗保险(分担医疗费用的75%)、补充医疗保险和商业健康保险。医疗保障还包括长期护理保险、医疗救助互助等,是老年人医护需求的主要支付能力。

3. 以房养老。发达国家进入老龄社会后民间流行一句很通俗的话即“前20年我养房、后30

年房养我”。大众的做法是,退休后住在自己的房子里,没有房租负担;高龄后卖掉房子住进具有全程照护(CCRC)的养老社区或者护理机构。由于房价波动和人的长寿,商业保险反向抵押的房产养老是很小众的做法。我国企业职工大多拥有福利房,是培育医养有效需求的重资产工具。应当教育国民倍加爱护自己的养老资产,不能轻易转让。

(二) PPP供给体制

PPP供给体制即指公共资源、社会资源长期合作的医养服务供给模式,通过较低成本和提高效率培育医养服务的有效需求。医养服务PPP与基础设施PPP不同,前者重在基础设施建设和使用,后者重在持续性服务。PPP供给体制的主要特征如下:(1)项目原则。发挥我国土地公有和政府控制资源较多的社会主义体制优越性,科学进行重资产配置,如配置土地资源可减低地租、建设房屋可以减少房租,从而降低医养服务成本,提高医养服务的有效需求。(2)项目构成。将医养服务供给成本包括土地和地租、房屋设置和房租、医护和照料服务费用、生活开支四大项,医养服务支付可以分为三无人口,低收入、中收入、高收入人口和高净值人口支付能力五大类,由此构成4-5支付能力结构模型。^[5](3)定价机制。政府责任包括为三无人口买单(约占1%)、为低收入人口免地租房租和提供平价服务(约占30%)、为中收入人口免地租和提供平价房租(约占42%)、为高收入人口(约占20%)和高净值人口(约占2%)提供政策支持。(4)机构定位。互联网时代特征之一即资源有效配置和服务体系建设。“十四五”规划应当发挥我国社会主义体制和土地共有制的优越性,规范政府责任,完善土地配给、房产和信息系统建设、税收政策、医

^①参见国家人力资源和社会保障部《2019年人力资源和社会保障事业发展统计公报》。

疗保险和长期护理保险支付,建立健全医养供给的PPP规制,引导医养机构科学定位,根据其服务的目标群体定价,找到盈余和营利模式,做到持续发展。

三、医养服务整合与可及的发展路径

(一) 医养服务整合与可及性的国际共识

世界卫生组织对基本医护做出新的定义(WHO,1978),即依靠切实可行、学术上可靠又受社会欢迎的方法和技术,通过社区和家庭积极参与和国家医疗保障负担得起的基本卫生医护。美国医学研究所(IOM)委员会将初级保健定义为“临床医生提供综合的、可及的卫生保健服务,负责处理大量的个人医疗需求,与患者建立持续的伙伴关系,并在家庭和社区的环境中执业”(Vanselow等,1995)。2002年《马德里老龄问题国际行动计划》提出了三个优先发展领域,在优选目标2-4中提出“发展和加强基层诊疗服务,满足老年人的持续性基本医护服务需求”。^[6]综上所述,我国现行“分级诊疗”和“医养结合”的政策用语,导致了分级看病(挂号、检查等)和养老机构办医疗(大大提高成本)的具体做法值得商榷。反之,“社区整合医疗”与“老年医护可及性”更能准确反映医养服务需求。

(二) 医养服务整合与可及的发展路径

一是遵循买方市场的发展规律,从需求研究入手谈供给侧改革。以往制定五年发展规划,通常计算每千人口床位数,不考虑地区的人口结构和资源分布情况。OECD主要国家的大数据显示(见表1),国民平均预期寿命每增加5年,医养服务需求即发生结构性变化。进入老龄社会初级阶段,长期护理需求占GDP的0.5%,此后伴随老龄社会的深入发展,长期护理需求占比加大到1.0%和1.5%。可见,我国医养服务体系建设的窗口期自“十三五”规划开始,“十四五”规划

进入体系建设,“十五五”规划将完善服务体系。以阿尔茨海默病为例,在1963年出生高峰的人口在2032年进入70岁,其患病率将迅速提高,几乎遍及各个家庭。如果建设一个“以精神科为主、院外康复护理为辅(进入社区和居家照料),失智护理机构托底”的专科联盟需要10年,这项工作需要在“十四五”规划启动,在第十个五年规划期间完成。

二是改善卫生医疗预算和医保基金支付结构,加大社区医疗投入,建设优质高效的卫生医护体系。医养服务好比高速公路上的老年快车,修好路才能跑车。“十四五”规划需要按照铁三角价值链构建正三角型优质高效医护体系。(1)铁三角价值链由医护服务可及性、安全性和成本可控性构成。可及性是指在上述专业分工的基础上,确保患者及时可得相关服务,打造15分钟服务圈;安全性是指医护机构的专业分工、学习能力和安全质量达标;成本控制也称可支付性,是指基于以收定支的财务原则,实行总额预算管理、公平定价和第三方支付,确保人人享有基本医护服务。(2)正三角型医护体系即指以全科为主,普通专科进社区实现全专融合,医学中心专家临床创新(疑难危症、罕见病)的服务体系。一要建设健康管理扁平到家的法人型医疗联合体(紧密型医疗集团);二要建设重症不出市、疑难危症远程医疗和双向转诊的业务型医疗联合体。从而解决居家养老和机构养老的急诊急救、门诊住院、医疗康复、慢病管理、失能失智照护、临终安宁等需求。为实现居家养老,各国政府均在改造老旧社区和鼓励商业机构建造新型社区,嵌入医护服务。

四、执行“十四五”规划相关内容的几点建议

我国“十四五”规划提出要“坚持系统观念”。

“学习贯彻党的十九届五中全会精神”专题

缺乏整体规划、指导和协调会导致系统复杂和效率低下。^[7]《意见》提出：“促进养老托育服务健康发展”“强化政府保基本兜底线职能，健全老有所养幼有所育的政策体系，扩大多元主体多种方式的服务供给，促进服务能力提升和城乡区域均衡发展不断取得新进展。”

一要强化改革促进医疗医保医养协同发展。长期以来谈分级诊疗，按行政理念给医院分级，按企业理念用床位数给医院评级，要求患者按级别重复就诊，这种做法距离健康中国的大目标越来越远。贯彻十九届五中全会精神，要坚持系统观念大力发展全专融合的社区医疗，医疗保险统筹基金支付应当下沉，解决 80% 以上人口的医护需求，实现影像检验等医疗资源共享，重症转诊携带健康档案和病案资料，即以患者为中心整合医护。谈医养结合就强调医疗机构办养老、养老机构办医疗，以为 1+1=1。其实医养结构重在体系建设，将医养设施嵌入城乡社区的基础设施，满足老年人医护需求的可及性。没有任何医疗机构和养老社区可以满足老年人的全部医护需求。要先修路再跑车，不能要求开车的人去修路。

二要完善卫生费用的结构性预算。借鉴发达国家在经济发展和人口老化的同期大数据，结合中国国情合理分配卫生总费用，在疾病预防和康复、门诊住院、长期护理之间形成合理的比例，从预算上改变医护资源倒三角的分布状态。“十四五”期间，基于合理预算制定卫生医护的发展规划，规范政府责任与支持社会行动计划。

三要依法提高城市卫生医疗规划的权威性。“十四五”期间是我国《国家健康促进与医疗法》实施的第一个阶段，依法制定卫生医护发展规划并纳入政府责任和绩效考核，提高规划的执行力。规范基层医疗集团（医共体）的职能和夯实发展基础。基层医疗集团包括二、三级医院，可以承担急诊急救、住院、疑难重症诊疗、

突发事件救治等服务，实现普通专科进社区。大力发展全专融合的社区医疗、医疗康复、护理院和临终医院。在进入阿尔茨海默症高发期后，完善三级医院精神专科指导院外社会康护和家庭照护的专科医疗联盟。《指南》提出：“医养结合机构是指兼具医疗卫生资质和养老服务能力的医疗机构或养老机构”，这里的医疗卫生资质应当指具有“长期护理资质”的养老机构，不含临床路径要求和床日限制。有效医疗机构附设了护理机构，即成为两个法人的集合，二者的建设标准、管理机构、绩效评估和运行成本是不同的。在长期护理机构内需要区分失能护理区和失智照护区，对失能护理区要有床位限制（一般为 30-50 张），以便应对火灾等紧急事件。不要任意建设超过一百张床位的大型护理区，在增加严格的通道和双门防火要求，加大了机构成本且不宜应对紧急事件。在很多城市规划中，要求各个区县设立养老机构，均有几百张床位，应当规定自理、失能护理、失智照护分区管理和服务。

四要打造 PPP 规制，从供给侧促进医养服务的有效需求。医养服务成本高，面对中低收入人口和贫困人口的医养服务源自社会服务和社会财富。社会服务是满足大众人口（中低收入人口）需求的服务，由没有税负和股东的社会企业提供的服务。社会服务依赖政府（public）与社会资本（private）的合作关系（partnership）和 PPP 规制，包括投资、分配和协议管理。未富先老的国情决定了中国发展医养服务 PPP 的必要性，PPP 是培育医养服务有效需求的必由之路。社会主义土地公有制为中国发展医养服务 PPP 提供了可能性，按照前述 4-5 支付能力结构模型，适度减少地租、房租进行定价，是提高中低收入人群医养服务有效需求的关键环节。

五要改革财政拨款、社会保险和发展商业保险，从需求侧培育医养服务有效需求。首先，

加速完善国家养老金体系,在实现基本养老保险全国统筹的同时,大力发展企业年金和个人养老金。其次,深化基本医疗保险改革,对门诊住院、医疗康复、临终医院分类管理和分类支付,另外建立长期护理保险制度;医保基金支付要在三级医院和社区医院(二级或者一级)形成合理分布,扩大社区医疗支付占比,支持医护进社区和居家养老。最后,在完善基本医疗保险的待遇清单制度,规范政府责任和基本医疗保险的边界,留出商业健康保险的发展空间,激励商业健康保险走出财险和寿险的困区,探索健康保险参与医护过程和获得医护大数据的定价和经营模式。鼓励中高收入人口购买商业健康保险,扩大商业健康保险的市场份额,提高商业健康保险的支付能力。法国医疗保险合格计划的经验值得借鉴,^[8]以门诊费用为例(23欧元),社会医疗保险支付73.91%(17欧元)、商业保险支付21.74%(5欧元)、个人支付0.04%(1欧元),财政补贴贫困人口的基本服务,把纳税人的资金用到最需要的地方。

[参考文献]

- [1] 联合国.世界人口老龄化报告(1950-2050)[R].
- [2] 杜鹏等.新时期积极应对人口老龄化发展报告2018[R].华龄出版社,北京:2018.
- [3] 养老护理员工资待遇及前景怎么样?[EB/OL]. <http://www.shegongwang.com/yanglaohuli/179.html>.
- [4] 姜波主编.公平与效率的综合平衡:中国现代养老金体系的制度选和实践路径[C].经济科学出版社,北京:2019.
- [5] 杨燕绥,陈诚等.银色经济与嵌入式养老服务[M].清华大学出版社,北京:2018.
- [6] 联合国亚太经社会(UNESCAP)社会发展司.2002年马德里老龄问题国际行动计划[EB/OL]. <https://www.un.org/chinese/esa/ageing/actionplan1.htm>.
- [7] 石磊玉等.美国医疗服务体系(第7版)[M].杨燕绥,张丹等译.中国金融出版社,北京:2018.
- [8] [法]MGEN集团.相互保险机构和互济计划:社会医疗保险支付和补充的MGEN案例[R].2016.

责任编辑:文心

Routes of Improving Medical Nursing Services for Elderly People During the 14th Five-Year Plan

Yang Yansui & Qin chen & Li Chaofan

[Abstract] Medical nursing services mainly refers to needs of the elderly people towards slow disease management, disability care and palliative hospice service. Health care for the elderly means that the service supply integration & availability, focusing on system, rather than service classification and the combination of in-house. In the new period, China needs to "foster effective demand" and "improve service accessibility". Based on the three elements of pension assets, PPP supply system and medical accessibility, this paper attempts to construct cultivating medical nursing services of effective demand theory model and discusses the connotation and the path of "integrated medicine" and "medical accessibility" in order to better carry out the 14th five-year plan.

[Key Words] Medical Nursing Services; Medical and Nursing Integration; Medical Accessibility; Effective Demand; PPP Supply System