

我国健康老龄化的挑战与策略选择

□葛延风 王列军 冯文猛 张冰子 刘胜兰 柯洋华

摘要:本文讨论了我国人口老龄化形势、面临的挑战及实现健康老龄化的策略选择。通过分析当前和未来数十年我国人口老龄化形势、医养需求及其满足情况,我们发现老年人最需要的是健康和护理服务,其中空巢独居老人、失能半失能老人、农村老人、将老未老群体的医养需求尤其值得关注。2030年以前是建立和完善老龄化应对体系的机会窗口期,成功应对老龄化需要最大程度地延长老年人的健康余寿从而实现健康老龄化。健康老龄化的重点策略包括:一是加强和改进老年医疗卫生服务体系,包括实现医疗服务的连续性和主动性、健全康复医疗体系、向老年人及其家属提供健康教育;二是完善养老服务制度建设,重点是落实社区居家为主的养老服务体系、弥补失能失智护理机构和人才缺口、加快建立长期护理筹资体系;三是发挥老年健康产业的支撑作用,包括针对老年需求加强医药产品研发和有效供给、加快老年康辅器具产业发展、规范并支持“互联网+医疗”和“智慧养老”领域的创新、分类促进居住条件和基础设施的适老化改造。

关键词:健康老龄化 老年医疗服务 养老服务 老年健康产业

DOI:10.19744/j.cnki.11-1235/f.2020.0055

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

一、我国面临急速老齡化压力

(一)我国人口结构趋向“倒金字塔”型

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

(二)20世纪60年代的婴儿潮将带来老年人口的急速增加

我国出生人口波动较大,年龄结构波峰波谷明显,新中国成立之初和20世纪60年代分别经历过了第一次和第二次生育高峰。1963~1970年这一出生高峰期间平均出生2770万人,他们将在未来10年内逐步进入老齡阶段,届时我国老年人口规模将迅速扩大。我们预测^①,2020~2050年我国60岁及以上人口将从2.63亿升至5.22亿,占总人口的比重则从18.7%升至

39.5%(如图2)。

(三)2030年后高龄老年人规模将加速增长

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

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

(四)失能半失能老年人数量将快速增长

老年人的预期寿命在不断延长,但预期寿命延长并不一定意味着健康寿命延长^②。我国老年人口健康预期寿命的变化模式尚无一致结论^③。若保持2015年分年龄的失能水平不变,预测显示,2030年我国失能半失能老年人将达到7611万人,2050年增至1.2亿人。其中,半失能老人的数量多于失能老人,但失能老人的增速快于半失能老人。2030年半失能老人6463万人,失能老人1148万人,而到2050年时,半失能老年人将达到1亿人左右,年平均增长率约为3%,失能老人2072万人,年平均增长率为3.7%(图4)。这给医疗卫生服务体系和老年照护体系都带来较大压力。最大程度地延长老年人健康余寿,促进功能残障期的扩张模式转为压缩模式,是降低我国未来养老负担的关键。

(五)老年人逐步向城镇集中但农村养老负担更重

我国城镇化率已经从2010年的50%上升到2019年的60.6%,60岁以上老年人的城镇化率也于2015年达到49.8%^④,随着城镇化的推进,未来城镇老年人的数量增长将快于农村。如果2030年我国城镇化率达到70%,到2050年达到75%;2020年时城镇老年人数量已超过农村老年人数量,其中,城镇老年人占老年人总数的比重将达到53.2%,2050年则将上升至73.7%。

但受年轻人口流失的影响,农村以及人口流出地的抚养比将快速提升。据预测,2030年农村的老年抚养比将达到79.9%,2050年将达到94.7%,农村的养老压力将格外沉重。而且

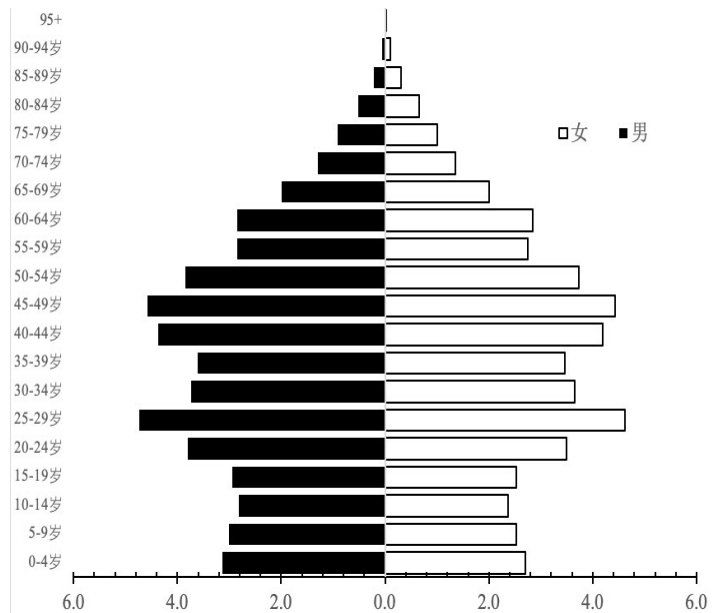


图1 中国人口金字塔(占总人口的%)
数据来源:2015年1%人口抽样调查资料。

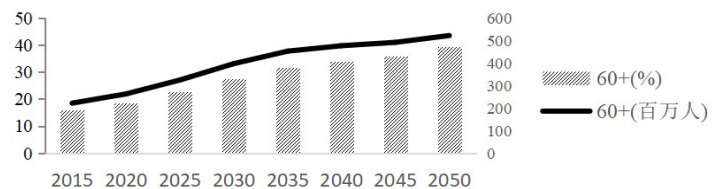


图2 中国60岁及以上老年人数量及占总人口比例
数据来源:作者测算,中方案。

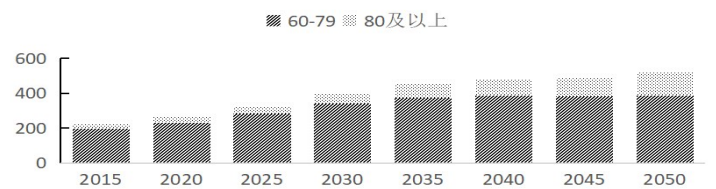


图3 中国老年人年龄结构(百万)
数据来源:作者测算,中方案。

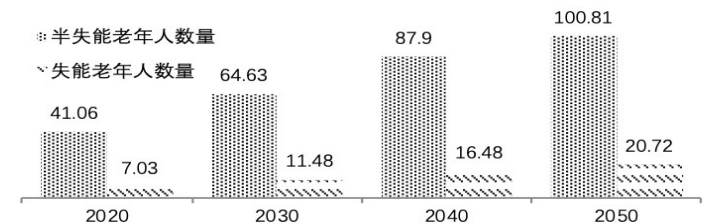


图4 2020~2050年中国失能和半失能老年人规模(百万)
数据来源:作者测算,中方案。

由于年轻人口的流动机会更大,如果生育水平进一步降低,城镇的“虹吸效应”将更为明显,城乡抚养比的差异更大。

二、老年人的医养需求增长迅速且更趋多元化

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

(一)空巢独居老人数量不断增长,社会化养老服务需求增加

1.空巢独居老人数量不断增长

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

由于我国城乡和地区发展不平衡,乡一城和城市间劳动力持续大规模流动,但户籍壁垒等因素使得老年父母随迁困难,形成了大量城乡空巢老人,其中农村留守老人问题更加突出。2015年,我国独居老年人口的比重为13.1%,仅与配偶共同居住的老人占38.2%,二者合计高达51.3%,比2000年提高了16.2个百分点(党俊武等,2018)。空巢和独居老人都面临着家庭照料功能严重弱化的问题,但养老服务需求略有差异。独居老人尤为需要关注,这个群体孤独感更明显,心理问题较其他老年群体发生率更高,同时独居的安全风险也更高。此外,80岁及以上的高龄老人中有23%独居,健康状况非常差的老人有13.3%独居,这部分老年人的照料服务压力巨大。相对而言,仅与配偶共同居住的老年人中,高收入和高教育水平的比例更高,大学专科以上的老年人中这一比例高达53.7%,全部子女在省外居住的比例(7.9%)也高于其他群体。目前45~59岁的“将老未老”人群受计划生育政策影响更大,相当一部分家庭为独生子女家庭。未来,我国家庭平均规模将进一步缩小,城镇化率进一步提高,老年人预期寿命也将提升,因此老年人独居或仅与配偶共同居住的比例将会更高,更多的社会化养老服务支持成为必然的要求。

2.居家养老服务是社会化养老服务的主流需求

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

(二)老年群体健康问题复杂且呈现出一些新的特征

1.慢性病患者率很高且仍在迅速攀升,共病情况严重

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

同时,我国的慢性病控制不容乐观。心脑血管疾病是我国老年人负担最重的疾病,从2000年我国进入老龄化社会开始,心脏病死亡率就在迅速增加,远

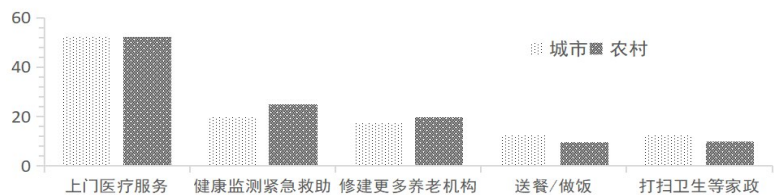


图5 城乡老年人认为下一步最需发展的养老服务(%)
数据来源:国务院发展研究中心2018年中国民生调查。

超日本老龄化程度相近时期的水平,且增长速度惊人。同时,我国高血压、糖尿病患病率上升迅猛,但知晓率、治疗率、控制率一直不佳。2014年35~75岁人群中高血压患病率为37%,检出的高血压患者中知晓率、治疗率和控制率分别为36%、23%和6%^⑤(Lu et al., 2017)。糖尿病情况也同样不容乐观,2013年患病率为10.9%,知晓率、治疗率和控制率分别为37%、32%和16%(Wang et al., 2017)。未来的心血管疾病负担仍将保持高位增长。

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

2. 阿尔兹海默症等新的疾病带来新的挑战

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

3. 以抑郁为主的老年人精神健康问题需要特别关注

我国相当一部分的老年人存在精神健康问题,抑郁是其中典型的代表。抑郁疾病负担在上升且呈现加速趋势,2016年60~69岁老人抑郁疾病负担是2000年的1.7倍^⑥。随着我国过快的社会转型,城镇化、收入分配差距、人口快速流动、家庭规模和结构的变化,老年人的精神健康压力将会更大。但在患病率大幅上升的情况下,由于社会偏见、病耻感、疾病认知程度低等原因,有精神健康问题的中国老年人就诊率和治疗率低且呈现下降趋势,严重压抑了真实的精神卫生需求。

(三)“将老未老”人群的医养需求更趋多元化

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

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

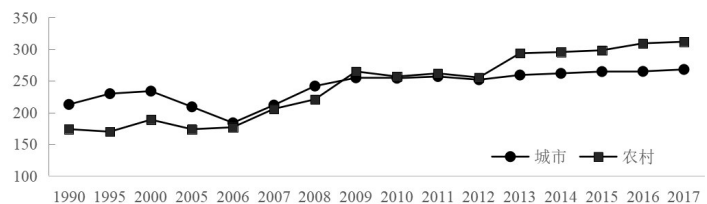


图6 1995~2017年城乡心血管疾病死亡率变化趋势(1/10万)

资料来源:2006~2018年中国卫生健康统计年鉴(含更名前的卫生统计年鉴、卫生和计划生育统计年鉴)。

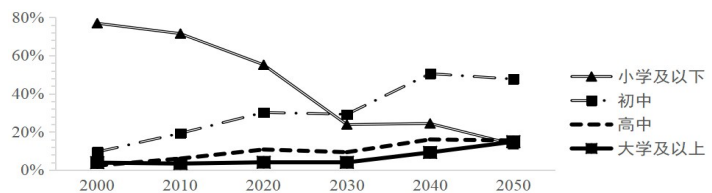


图7 2020~2050年中国老年人受教育程度趋势预测

资料来源:作者据历次人口普查数据预测。

三、推进健康老龄化的策略选择

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

(一)加强和改进老年医疗卫生服务

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

1. 增强医疗卫生服务的连续性和主动性

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

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

2. 建立多层次、低成本的康复医疗服务体系

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

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

(2)将现有部分一、二级医院改造为康复医疗机构。政府在基建等方面给予资金支持。这种资金投入是完全值得的,独立的康复机构全面运行以后,相比医院,能够大幅降低成本,从而节省总体费用,也能更好满足居民需求。

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

3. 加强对老年人及其家属的健康教育

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

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

末期的尊严,尽可能减少无临床价值且浪费大量医疗资源的治疗。

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

(二)立足居家社区加快建设养老服务体系

近年来,随着国家对老龄化问题的日益重视,我国的养老服务^①体系建设取得了积极进展,但与迅速增加的老年照料需求相比,养老服务体系发展还很不充分。养老服务是当前政策和舆论关注的热点,各类主体参与的积极性也很高,国外也已产生很多经验教训。需要认清方向,结合我国国情做出恰当的策略选择。

1. 真正落实以居家社区养老服务为主体

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

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

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

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

2. 明确支持重点,缓解养老机构建设中的结构性矛盾

近年来我国养老机构建设速度加快,满足机构养老需求发挥了一定作用。但养老床位总体空置率却高达近50%^②,且结构性矛盾突出。一是城区相对紧缺、郊区空置较多;二是部分价低服务好的公办机构一床难求,而部分民办养老机构入住率低;三是具有医护康复服务功能的护理型机构和床位少,自理型床位空置较多。随着失能失智老人增多带来的护理压力加大,第三个结构性矛盾尤为突出。缓解这些矛盾,需要从以下几个方面着手。

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

第二,明确公办养老机构的定位,避免挤占民办机构发展空间。公办机构等应坚持公益性定位,强化保基本、兜底线职能,原则上不应提供高端服务。实施公办机构全成本核算,逐步改变享受过度优惠政策的现状,合理制定收费标准,防止其挤压民办机构。

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

3. 综合施策应对养老服务人力短缺

服务人力短缺是发展养老服务中面临的突出问题。2017年全国鉴定合格的养老护理员仅为4.4万人^③。按民政部门设定的养老床位建设目标测算,2020年需要64万养老护理员,2050年需要124万人;按全部失能半

失能老人都得到护理测算,2020年则需要520万人(张冰子,2018)。同时,康复、营养调配、心理咨询、社会工作等人才也十分缺乏。

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

4. 建立可持续的长期照护筹资机制

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

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

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

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

5. 立足社区促进医疗服务和长期照料服务的有效衔接

很多老年人罹患多种慢性病,生活照料和健康监测、干预、治疗在实践中通常是一体的,到生命末期,更是密不可分。因此,以老年人身体状况和实际需求为中心,将必要的医疗服务和长期照料相结合,提供整合照料(integrated care)是近年来国际普遍趋势。但是从发达国家的历程来看,医疗服务与长期照料经历过先分离、后整合的过程,甚至不少国家养老机构快速发展始于医养分开。正是由于专业的护理院(nursing home)缺乏,且不能报销费用,许多疾病稳定期老年住院病人“压床”导致医疗资源和资金浪费的困扰,政府开始大力发展具备康复护理功能的机构,并建立长期护理筹资机制,让那些老人转至这些更经济的机构。只是近些年,部分发达国家因为长期照护服务和医疗服务过度割裂,才提出医养整合(integrated health and social care),主要是指加强养老服务和医疗服务的协调,以保障老年人顺利、及时获得相关服务。

我国在发展养老服务的过程中,也关注到医养结合问题。2015年国办曾专门发文推进此工作,但实施中过多强调了养老和医疗在机构层面的整合^⑨。目前我国还处在养老服务体系建设的初期,更需要某种意义上的“医养分开”,即改变老年人过度依赖医院的状况,尽量让他们在具备一定康复、护理功能的养老机构或环境中生活。鉴于我国养老服务体系只能以居家社区为主,老年人在绝大多数时间里需要的医疗服务主要是低强度、医疗设备依赖性不强的医疗服务,绝大多数地区的社区卫生服务机构都有能力提供且成本低得多。因此,需要加快在社区层面推进“医养结合”。

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

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

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

(三)以技术进步和产业发展助力健康老龄化

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

1. 针对老年需求加强医药产品研发和有效供给

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

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

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

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

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

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

2. 加快老年康辅器具产业发展

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

应用经济学

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

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

第三,改革完善进出口政策,降低进口产品流通环节成本。

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

3. 鼓励与规范并重,促进“互联网+医疗”、“智慧养老”创新

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

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

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

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

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

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

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

4. 以标准和筹资为突破口,分类促进居住条件和基础设施的适老化改造

当前我国大部分城乡居民的居住条件和配套基础设施适老水平不高,不利于老年人生活安全性、自主性及社会参与,居家、社区和城乡公共基础设施的适老化改造需求潜力巨大,政府、行业组织及优质企业在标准制定、适宜技术开发、质量监管、宣传示范等方面应发挥各自作用。

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

第二,社区内部适老化改造,政府应针对不同类型社区特点确定可操作的改造目标和方式,建立包括政府投入、集体投入、用户分担(如适当提升物业费)、捐资捐赠在内的多元化筹资机制。近年来一些地区在老旧小

区楼房加装电梯的筹资和实际改造方面已有不少经验,可尽快总结推广。

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

(作者单位:国务院发展研究中心社会发展研究部。责任编辑:张世国)

注释

①研究使用多状态人口预测模型估计来预测我国未来的老龄化水平。基期数据为2010年人口普查和2015年1%人口抽样调查。在对生育水平的估计上,采取了高中低3种方案进行估计。低方案假设生育率将从2015~2020年1.5的水平逐步下滑,总和生育率将在2030~2035年之后跌至1.2的水平,相当于韩国2016年的水平,之后保持不变。中方案假设总和生育率将从1.6下降到1.5,略高于日本2016年1.4的水平。高方案假设生育率将在2030~2035年回升至1.8的水平。在健康水平上,根据“健康中国2030”的目标,我国将在2030年预期寿命达到79岁,我们假设到2025~2030年中国预期寿命达到79岁,2035~2040年达到80岁,接近OECD国家2015年80.5的平均水平。对迁移趋势的预测上,《国家人口发展规划(2016~2030)》提出城镇化率在2030年达到70%,我们假定在2025~2030年中国的城镇化率可以达到70%,并且迁移模式在年龄和地区间不变。此外,在进行国际比较时,其他国家和地区的数据采用联合国人口展望2017年版本的预测结果。

②Fries(1980)提出老年残障期压缩模式,即功能完好的时间不仅在绝对量上会增加,相对于生命长度的比重也会增加;Gruenberg(1977)和Kramer(1980)的老年残障期扩张模式指出,医疗护理以及提前预防会延长患病人口和功能缺损人口的寿命,导致功能缺损寿命在余寿中的比重不断扩大,而健康预期寿命虽然也会延长,但其占余寿的比例会随之下降;Manton(1982)的动态均衡模式则认为,预期寿命和健康预期寿命的延长是平行发展的。

③杜鹏和李强(2006)对老年人口的研究均认为我国老年人口的残障期在不断的扩张;而曾毅等(2007)对我国高龄老年人群生活自理能力变化的趋势分析否定了老年残障期扩张模式。焦开山(2018)认为不同社会经济地位的老年模式不同,较高社会经济地位的老年群体正处于残障扩张阶段。张文娟和杜鹏(2009)认为不同地区老年人口的模式并不一致。

④本文作者根据2010年人口普查和2015年小普查数据计算。

⑤本文高血压和糖尿病的控制情况是全国代表性的大样本数据来源,此后更新的多项小样本数据也同样呈现这一特征。

⑥根据世界卫生组织疾病负担数据库数据计算。

⑦在我国的政策语境中,养老服务主要包括生活照料、医疗护理、精神慰藉、紧急救援等若干类服务。本报告也是在这一意义上使用“养老服务”这一概念,且重点讨论生活照料和医疗护理。

⑧根据2018年《中国民政统计年鉴》城市养老机构和农村养老机构合计的养老服务床位数和收住人数计算。

⑨本文作者根据《中国民政统计年鉴(2018)》中相关数据计算。

⑩从我国目前的政策倡导和实践来看,医养结合存在这几种形式:一是养老机构与周边医疗机构协议合作,如医疗机构为合作养老机构开设就诊绿色通道,提供健康管理服务、上门服务等。这种形式在实践中相对较多;二是养老机构开展医疗服务。政策鼓励养老机构开办老年病医院、康复医院、护理院、中医医院、临终关怀机构等,或内设医务室、护理站。从实际情况看,养老机构有能力内设医务室的都不多;三是医疗机构开展养老服务,如设护理病床、护理专区等。从实践看,目前主要是一些之前诊疗量不足的厂矿医院和社区医院在开展;四是医疗机构为社区高龄、重病、失能老年人提供定期体检、上门巡诊、家庭病床、社区护理、健康管理等服务。目前这主要还是政策倡导,实践不多。

参考文献

- (1)北京市民政局:《北京市居家养老相关服务设施摸底普查报告》,2018年。
- (2)曹丰等:《中国老年疾病临床多中心报告》,《中华老年多器官疾病杂志》,2018年第11期。
- (3)党俊武:《老龄蓝皮书:中国城乡老年人生活状况调查报告(2018)》,社会科学文献出版社,2018年。
- (4)杜鹏、李强:《1994~2004年中国老年人的生活自理预期寿命及其变化》,《人口研究》,2006年第5期。
- (5)焦开山:《中国老年人健康预期寿命的不平等问题研究》,《社会学研究》,2018年第1期。
- (6)曾毅、顾大男、凯·兰德:《健康期望寿命估算方法的拓展及其在中国高龄老人研究中的应用》,《中国人口科学》,2007年第6期。
- (7)张冰子:《我国养老护理员的需求预测及应对策略》,《国务院发展研究中心〈调查研究报告〉》,2018年第114号。
- (8)张文娟、杜鹏:《中国老年人健康预期寿命变化的地区差异:扩张还是压缩?》,《人口研究》,2009年第5期。
- (9)Fries, J. F., 1980, "Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity", *New Engl J Med*, 303, pp.130~135.
- (10)Gruenberg, E. M., 1977, "The Failures of Success", *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 55(1), pp.3~24.
- (11)Jia, J., Wei, C., Chen, S. et al., 2018, "The Cost of Alzheimer's Disease in China and Re-estimation of Costs Worldwide", *Alzheimers & Dementia*, 4(14), pp.483~491.
- (12)Kramer, M., 1980, "The Rising Pandemic of Mental Disorders and Associated Chronic Diseases and Disabilities", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, pp.382~397.
- (13)Lu, J., Lu, Y., Wang, X. et al., 2017, "Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in China: Data From 1.7 Million Adults in a Population-based Screening Study (China PEACE Million Persons Project)", *Lancet*, 390(10112), pp.2549.
- (14)Manton, K. G., 1982, "Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population", *The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, 60(2), pp.183~244.
- (15)Wang, L., Gao, P., Zhang, M. et al., 2017, "Prevalence and Ethnic Pattern of Diabetes and Prediabetes in China in 2013", *JAMA*, 317(24), pp.2515~2523.

The Challenge and Strategy Selection of Healthy Aging in China

Ge Yanfeng, Wang Liejun, Feng Wenmeng, Zhang Bingzi, Liu Shenglan and Ke Yanghua

(Social Development Research Department, Development Research Center of the State Council)

Summary: China has been aware of the problem of future population aging at the policy level since the 1980s, when the concept of "healthy aging" has been receiving attention worldwide. However, China's fertility rate has declined much faster than imagined ever since, the aging process has far outpaced not only most developing countries, but also many developed countries. By 2018, there has been 249 million people aged 60 and over in China, of whom about 40 million are disabled. For China, successful aging must be healthy aging, which is no longer just a future-oriented policy idea, but a pressing strategic option.

This paper tries to find out the key characteristics of China's aging trends and old people's needs toward health care and social care. Both quantitative and qualitative methods are adopted, including analyzing data from China's previous censuses. Also, we have analyzed in depth current policies and practices of the elderly care services and health-care services in China to check whether and how they can meet the elderly's needs. Based on analysis, we find that China's demographic structure tends to be "inverted pyramid" and the aging trend is irreversible. Also, as the baby boom of the 1960s, the number of the elderly will be dramatically increasing in the coming decades. By 2050, there will be 390 million elderly people aged 60–79, 130 million people aged 80 and over, among whom there could be a huge amount of disabled/semi-disabled elderly and elderly people living alone or just with their old spouse. Equally noteworthy is the fact that although elderly population is gradually moving to urban area, the elderly care burden in rural area is worsening. Fortunately, 2020–2030 is the "window of opportunity" that can be and must be seized to get prepared, when the aging population will be mainly characterized by growth of 60–79-year-old.

It is important to emphasize that although older adults all over the world are confronted with functional decline and health loss, the Chinese elderly are facing some special difficulties. For example, overwhelming majority of them prefer aging in place, but their family support is reducing due to one-child policy and massive population movements. The disease spectrum of the elderly people in China is also different from that of countries with developed pharmaceutical industry, which needs the cooperation of disease prevention and control system and the biomedical industry. Besides, when we expect to design our elderly care system in the long term, we must pay more attention on the demand of the 45–59-year-old populations, whose incomes are further differentiated and demands are more diversified.

To achieve healthy aging, both policies and industries must be involved. Firstly, health service system must be improved to adapt to needs of the aged, which means it must enhance its continuity and initiative, strengthen health education of the elderly and their family and make up the shortage of rehabilitation facilities. Secondly, elderly service system should be improved, emphasizing on implementation of home & community based elderly care system, establishing a more demand-oriented institutional care system, accelerating building the long-term care financing system and making up. Last but not the least, elderly health industries must and can play an important role. The most promising areas include pharmaceutical products and services for the elderly, e-care and smart care, rehabilitation assistive devices and construction and reconstruction of elderly-oriented living conditions and infrastructures.

This research tries to innovate in the following aspects. Firstly, it adopts a more forward-looking perspective. It predicts the overall situation of population aging in the next three decades. Secondly, it is more comprehensive. Existing strategies for aging have focused on public policy research while there is insufficient research on the role of the industry. We believe healthy aging is a challenging target, which requires a concerted effort by the government and industries to achieve it, so we have fully studied several elderly health industries.

Key Words: healthy aging; health services for the aged; elderly services; elderly health industry

JEL Classification: J11, J14, J18