

分类号: D659.6
研究生学号: 2014911018

单位代码: 10183
密 级: 公开

吉 林 大 学
博 士 学 位 论 文

包世荣

2019年6月



我国养老服务业发展研究

Study on the Development of China's Pension Service Industry

作者姓名：包世荣

专业名称：人口、资源与环境经济学

研究方向：人口经济学

指导教师：于 潇 教授

学位类别：经济学博士

培养单位：吉林大学东北亚研究院

论文答辩日期：2019年5月26日

授予学位日期： 年 月 日

论文评阅人：

姓名	职称	工作单位
盲审专家	教授	南开大学
盲审专家	教授	武汉大学
盲审专家	教授	北京理工大学

答辩委员会组成：

	姓名	职称	工作单位
主席	刘晨阳	教授	南开大学
委员	边 恕	教授	辽宁大学
	王晓峰	教授	吉林大学
	陈英姿	教授	吉林大学
	景跃军	教授	吉林大学

吉林大学博士学位论文原创性声明

本人郑重声明：所呈交学位论文，是本人在指导教师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已经注明引用的内容外，本论文不包含任何其他个人或集体已经发表或撰写过的作品成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

学位论文作者签名：



日期： 2019 年 6 月 10 日

关于学位论文使用授权的声明

本人完全了解吉林大学有关保留、使用学位论文的规定，同意吉林大学保留或向国家有关部门或机构送交论文的复印件和电子版，允许论文被查阅和借阅；本人授权吉林大学可以将本学位论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，可以采用影印、缩印或其他复制手段保存论文和汇编本学位论文。

(保密论文在解密后应遵守此规定)

论文级别： 硕士 博士

学科专业：人口、资源与环境经济学

论文题目：我国养老服务业发展研究

作者签名：



指导教师签名：



2019 年 6 月 10 日

作者联系地址（邮编）：

作者联系电话：

摘要

我国养老服务业发展研究

目前,我国已经进入中国特色社会主义新时代,经济社会发展也进入新的历史时期。一方面,我国面临着供给侧结构性改革的新挑战,同时,也面临着促进发展经济和保障民生的双重压力。当前,我国人口老龄化快速发展,老年人口规模迅速扩大,养老保障体系面临巨大挑战,应对人口老龄化的经济基础、政策制度、设施条件等方面尚不完备。随着人口老龄化的加剧,以及家庭结构小型化、高龄老人、空巢老人以及失能老人数量增加,大力发展养老服务业已迫在眉睫。2016年,国家公布了《“健康中国2030”规划纲要》,提出健康中国行动计划,将改善全民的健康状况、提高全民的健康水平上升到国家战略高度。老年人健康是健康中国的重要组成部分,大力发展养老服务业,是积极应对人口老龄化的重要举措,也是实现“老有所养,老有所医,老有所乐,老有所为”养老目标,贯彻落实《“健康中国2030”规划纲要》的具体行动。本文在深入分析我国人口老龄化发展特点和趋势的基础上,全面探讨我国养老服务业发展的现状和存在的问题,研究养老服务业发展的新趋势,并且提出了促进养老服务业发展的政策建议。本文重点研究包括以下几个方面内容。

一、养老服务发展的相关理论。有关养老服务业发展的理论主要包括人口转变理论、养老保障理论、需求层次理论等。目前对于养老服务业的宏观研究比较多,有部分学者根据大规模调查、CHARLS数据、CLASS数据等对于我国养老服务现状进行了探讨,也有部分学者对于我国的养老服务政策进行了思考和探究。本文梳理相关理论的同时,重点归纳总结日常照料、医疗保健、社会参与、精神慰藉四个方面养老服务需求,并且梳理出满足老年人养老服务需求的三个重点领域,即社区+居家融合养老服务业、医养结合养老服务业、老年社会参与养老服务业,并以此为分析框架展开本文的研究。

二、我国人口老龄化的现状、趋势及挑战研究。本文结合我国人口发展的总体趋势,重点分析人口老龄化的总量、结构、性别、素质、城乡分布、地区分布等典型特征,并且结合权威机构的人口预测,分析我国人口老龄化的未来发展趋

势，研究人口老龄化对我国经济发展、养老保障制度、家庭照顾、医疗保健等方面的影响。

三、我国养老服务业发展现状分析。目前，养老服务业在我国仍是新兴产业，正处于发展和摸索的新阶段。本文首先阐述养老服务业发展的历史沿革、现状及存在的问题，同时分析我国目前养老服务业发展的新兴模式，围绕医养结合养老模式、候鸟式养老模式、互联网+养老模式以及房地产养老模式等开展前瞻性研究。

四、我国老年人养老服务需求研究。本文利用2015年1%全国人口抽样数据、2014年中国健康与养老追踪调查、老年人生活状况及养老服务需求调查等，从理论和实证两个方面分析养老服务业供给与需求之间的现状及其特点，并探求供求矛盾，为我国养老服务业体系构建提供理论支撑。

五、养老服务重点领域分析。我国养老模式呈现“9073”结构，即居家养老、社区养老、机构养老的比例分别为90%、7%、3%。本文结合老年人养老需求结构，从社区+居家融合养老服务业、医疗保健养老服务业以及社会参与养老服务业三个重点领域探讨养老服务模式的现状及存在问题。同时，分析老年人健康状况与医养结合领域关系、比对各省份养老服务政策，剖析我国医养结合领域需求方向。

六、我国养老服务业发展的经济效应分析。本文通过实证分析我国养老服务业的产出效应和需求效应，探讨省区产出效应的差异及未来我国养老服务业的发展趋势。依据老年人的健康程度，将老年人划分为自理老人、介助老人和介护老人，推算目前以及未来不同健康程度的老年人口数量及养老护理员需求人数，探究供求差异。

七、国外养老保障制度和养老服务业发展经验及启示。美国、日本等发达国家较早的进入了人口老龄化社会，在应对人口老龄化方面已经形成了良好的体系和机制。我国在经济尚不发达的情况下进入人口老龄化社会，人口老龄化速度快，应对人口老龄化的经济基础、政策体系、制度安排、设施条件尚不完备，西方发达国家的经验值得我们学习和借鉴。本文分析美国、日本、英国的养老保障制度及养老服务体系的特征，总结相关经验，进一步分析美国商业养老模式、日本医疗养老模式、英国税收筹资体制养老模式面临的挑战和发展趋势，为我国的养老

服务业发展提供一些可资借鉴的启示。

八、促进我国养老服务发展的对策建议。本文在上述分析的基础上，结合我国养老服务业的现状，提出了加快建设和完善我国养老服务业的相关政策建议，主要包括：构建多元主体共同参与的养老服务体系；完善养老保障制度为基础，深化居家社区养老服务业；完善服务业管理体系，加大政策整合力度；提高养老服务人员专业水平；鼓励养老服务业模式创新发展；加强养老服务监管、制定产业标准；提升服务供给能力，健全养老服务信息系统平台等。

关键字：

养老服务；人口老龄化；医养结合；养老需求；健康老龄化

Abstract

Study on the Development of China's Pension Service Industry

At present, China has entered a new era of socialism with Chinese characteristics, and economic and social development has entered a new historical period. On the one hand, China is facing the new challenges of supply-side structural reform, at the same time, it is also facing the dual pressure of promoting economic development and ensuring people's livelihood. At present, China's population aging is developing rapidly, the size of the elderly population is expanding rapidly, and the old-age security system is facing enormous challenges. The economic basis, policy system, facilities and other aspects of the population aging are not yet complete. With the aggravation of population aging, the miniaturization of family structure, the increase of the number of elderly, empty nesters and disabled elderly, vigorously developing the old-age service industry is imminent. In 2016, the state promulgated the "Health China 2030" Program Outline, and proposed a plan of action for a healthy China, which will improve the health of the whole people and raise the level of health of the whole people to a national strategic height. The health of the elderly is an important component of a healthy China. Developing the service industry for the aged is an important measure to actively cope with the aging population. It is also an important measure to realize the goal of "providing for the aged, providing medical care for the aged, enjoying the aged and doing something for the aged", and to implement the concrete action of the Outline of the "Health China 2030" Plan. Based on an in-depth analysis of the characteristics and trends of China's aging population, this paper comprehensively discusses the current situation and existing problems of the development of China's old-age service industry, studies the new trends of the development of the old-age service industry, and puts forward policy recommendations to promote the development of the old-age service industry. This paper focuses on the following aspects.

First, the theory of pension service development. The theories about the development of the old-age industry mainly include the theory of population transformation, the theory of old-age security, the theory of demand hierarchy and so on. At present, there are a lot of macro-research on the old-age service industry. Some

scholars have discussed the status quo of China's old-age service based on large-scale survey, CHARLS data, CLASS data, and some scholars have pondered and explored the policy of China's old-age service. This article combs the related theories, and summarizes four aspects of the demand for old-age services: daily care, medical care, social participation and spiritual consolation, and combs out three key areas to meet the needs of old-age services, namely, community + home integration of old-age services, medical care combined with old-age services, old-age society. To participate in the pension service industry, and take this as an analytical framework to start the research in this paper.

Second, the current situation, trend and challenges of population aging in China. Based on the general trend of China's population development, this paper focuses on the analysis of the total amount, structure, sex, quality, urban and rural distribution, regional distribution and other typical characteristics of population aging, and combined with the population forecast of authoritative institutions, analyzes the future development trend of China's population aging, and studies the economic development of China's population aging. The impact of old-age security system, family care, health care and so on.

Third, the analysis of the development of the pension service industry in China. At present, the pension service industry is still a new industry in our country, and is in the new stage of development and exploration. This paper first describes the history, current situation and existing problems of the development of the pension service industry. At the same time, it analyzes the emerging mode of the development of the pension service industry in China, and carries out a prospective study around the mode of medical support and pension, the mode of migratory bird care, the Internet plus pension mode, and the real estate endowment mode.

Fourth, the needs of elderly care services in China. Based on the sample data of 1% of the national population in 2015, the follow-up survey of China's health and old-age care in 2014, the survey of the living conditions of the elderly and the demand for old-age services, this paper analyzes the current situation and characteristics of the supply and demand of the old-age services from both theoretical and empirical aspects, and explores the contradiction between supply and demand. The construction of China's pension service system provides theoretical support.

Fifth, analysis of key areas of pension services. China's pension model presents a "9073" structure, that is, the proportion of home-based pension, community-based pension and institutional pension is 90%, 7% and 3% respectively. Based on the demand structure of the elderly, this paper discusses the current situation and existing problems of the old-age service model from three key areas: community + home integration service, medical care service and social participation service. At the same time, it analyzes the relationship between the health status of the elderly and the field of integration of medical care, compares the policies of various provinces for the elderly service, and analyzes the demand direction of the field of integration of medical care and maintenance in China.

Sixth, Analysis of the economic effects of the development of China's pension service industry. This paper empirically analyses the output effect and demand effect of China's pension service industry, and explores the difference of provincial and regional output effect and the development trend of China's pension service industry in the future. According to the health level of the elderly, the elderly are divided into self-care elderly, assistant elderly and nursing elderly. The number of the elderly population and the demand of nursing staff in different health levels at present and in the future are estimated, and the differences between supply and demand are explored.

Seventh, the experience and Enlightenment of foreign pension system and the development of the pension service industry. The United States, Japan and other developed countries have entered the population aging society earlier, and have formed a good system and mechanism in dealing with population aging. China has entered an aging society under the condition of undeveloped economy. The aging of population is fast. The economic basis, policy system, institutional arrangement and facilities for dealing with the aging of population are not yet complete. The experience of western developed countries is worth learning and using for reference. This paper analyzes the characteristics of the old-age security system and the old-age service system in the United States, Japan and the United Kingdom, summarizes the relevant experience, and further analyzes the challenges and development trends of the commercial old-age pension model in the United States, the Japanese medical old-age pension model, and the British tax financing system, so as to provide some suggestions for the development of the old-age service industry in China. Inspiration from reference.

Eighth, to promote the development of China's pension services. Based on the above analysis and the current situation of China's old-age service industry, this paper puts forward some policy suggestions to speed up the construction and improvement of China's old-age service industry, mainly including: building a multi-stakeholder co-participation of the old-age service system; improving the old-age security system as a basis to deepen the home-based community old-age service industry; Service industry management system, increase policy integration; improve the professional level of pension service personnel; encourage the innovation and development of pension service model; strengthen the supervision of pension services, formulate industrial standards; enhance the service supply capacity, improve the pension service information system platform.

Key words:

Old-age services; Population ageing; Combination of medical care; Pension needs; Healthy aging

目 录

第 1 章 绪论	1
1.1 选题背景与研究意义	1
1.1.1 选题背景	1
1.1.2 研究意义	2
1.2 文献综述	3
1.2.1 老龄化与养老需求研究	3
1.2.2 养老服务业发展研究	10
1.2.3 养老服务业发展模式及政策研究	13
1.3 研究方法	16
1.3.1 研究框架	16
1.3.2 研究方法	17
1.3.3 研究数据	18
1.4 研究内容	19
1.5 创新点与不足之处	21
1.5.1 创新点	21
1.5.2 不足之处	21
第 2 章 相关概念及主要理论	23
2.1 相关概念	23
2.1.1 人口老龄化	23
2.1.2 人口结构类型	24
2.1.3 人口老龄化的指标	24
2.1.4 养老服务	25
2.1.5 养老服务体系	26
2.1.6 养老保障	27
2.1.7 健康老龄化	27

2.2	主要理论	27
2.2.1	人口转变理论	27
2.2.2	福利多元理论	29
2.2.3	需求层次理论	29
第3章	中国人口老龄化的现状、趋势及影响分析	31
3.1	人口老龄化的现状及趋势	31
3.1.1	人口发展历史过程	31
3.1.2	人口老龄化的现状	32
3.1.3	人口老龄化的趋势	34
3.2	人口老龄化的特点	36
3.2.1	老龄化规模大	36
3.2.2	老龄化速度加快	36
3.2.3	老龄化程度存在地区差异	39
3.2.4	人口老龄化超前于经济发展	41
3.3	老年人健康现状	42
3.3.1	老年人身体健康状况	42
3.3.2	老年人心理健康状况	44
3.3.3	老年人养老经济来源状况	45
3.4	人口老龄化的影响	46
3.4.1	对劳动力市场的影响	46
3.4.2	对经济发展的影响	48
3.4.3	对养老保障的影响	50
3.4.4	对家庭照顾的影响	51
3.4.5	对健康医疗资源的影响	52
第4章	我国养老服务业需求及影响因素分析	55
4.1	养老服务需求影响因素分析	55
4.1.1	自然状况因素	56

4.1.2	经济收入因素	57
4.1.3	相关政策因素	59
4.1.4	社会习惯因素	60
4.1.5	生理心理因素	60
4.2	养老服务需求现状分析	62
4.2.1	样本情况	63
4.2.2	日常照料需求	64
4.2.3	医疗保健需求	65
4.2.4	精神慰藉需求	67
4.2.5	社会参与需求	69
4.3	养老服务需求影响因素实证分析	70
4.3.1	日常照料需求的影响因素分析	73
4.3.2	医疗保健养老需求的影响因素分析	80
4.3.3	精神慰藉养老需求的影响因素分析	82
4.3.4	社会参与需求的影响因素分析	83
4.3.5	养老服务需求实证结论	84
第5章	我国养老服务业发展现状及特征分析	89
5.1	养老服务业发展现状	89
5.1.1	养老服务业发展历史沿革	89
5.1.2	养老服务业政策演变	91
5.1.3	养老服务业供给现状	92
5.1.4	精神慰藉与老年就业	95
5.1.5	社区与居家养老需求	96
5.2	养老服务业新兴发展模式	98
5.2.1	保险养老社区模式	100
5.2.2	智慧养老模式	102
5.2.3	互联网+养老模式	102
5.2.4	医养结合养老模式	103

5.2.5	候鸟式养老模式	104
5.2.6	以房养老模式	104
5.3	养老服务业发展存在的问题	105
5.3.1	养老服务业供需不匹配	105
5.3.2	养老服务业核心服务功能定位不准	107
5.3.3	养老服务业的发展机制与扶持政策不完善	108
5.3.4	农村家庭老年照护体系不足	108
5.3.5	养老服务专业照护人员短缺	109
第 6 章	我国养老服务业发展新趋势及重点领域分析	111
6.1	我国养老服务业发展趋势	111
6.1.1	养老服务业与其他行业融合发展	111
6.1.2	社区与居家养老模式融合发展	112
6.1.3	健康老龄化融入养老服务业	112
6.2	社区居家融合的养老服务业	114
6.2.1	社区居家融合的养老发展服务业现状	115
6.2.2	社区居家养老服务业问题	117
6.3	医养结合的养老服务业	120
6.3.1	医养结合养老服务业发展现状	120
6.3.2	医养结合养老服务业问题	122
6.4	老年社会参与及老年再就业	126
6.4.1	老年人力资源现状	126
6.4.2	老年再就业养老服务业问题	131
第 7 章	我国养老服务业发展的经济效应分析	135
7.1	养老服务业的产出效应	135
7.1.1	研究方法 & 数据	135
7.1.2	实证结果的分析	137
7.2	养老护理人员需求效应	141

7.2.1	研究方法及数据说明	142
7.2.2	养老护理需求效应分析	143
第 8 章	国外养老服务业发展的经验和启示	151
8.1	美国的商业养老模式	151
8.1.1	美国养老服务业现状	151
8.1.2	美国的社会保障体系	152
8.1.3	美国养老社区	154
8.1.4	美国养老服务业的特点	155
8.2	日本的长期照护保险制度	157
8.2.1	日本养老服务业的发展及现状	157
8.2.2	日本的社会保障制度	158
8.2.3	日本养老服务业发展的特点	159
8.3	英国税收筹资体制养老模式	161
8.3.1	英国的养老服务业发展	161
8.3.2	英国的税收筹资体制	161
8.4	对我国养老服务业发展的启示	162
8.4.1	从养老保障到医养结合和疾病预防意识转变	163
8.4.2	建立完善的长期照护制度	163
8.4.3	创新医养结合养老模式	164
8.4.4	提高养老机构的服务能力	164
8.4.5	加强政策整合和整体规划力度	164
第 9 章	结论与建议	167
9.1	结论	167
9.2	促进我国养老服务业发展的政策建议	170
9.2.1	构建多元主体共同参与养老服务体系	170
9.2.2	完善养老保障制度, 深化社区居家养老服务业	171
9.2.3	完善服务业管理体系, 加大政策整合力度	171

9.2.4 提高养老服务人员专业水平，加强护理人员待遇	172
9.2.5 鼓励养老服务业模式创新发展	173
9.2.6 加强养老服务监管，制定服务标准和行业标准	174
9.2.7 建立健全养老服务业信息系统	175
参考文献.....	177
附录.....	191
作者简介及科研成果	205
致谢.....	207

第 1 章 绪论

1.1 选题背景与研究意义

1.1.1 选题背景

我国人口老龄化具有人口规模大，老龄化速度快，老龄化程度深，健康水平低，地区差异大等特点，实现“老有所养、老有所医、老有所为、老有所学、老有所乐”的目标面临着巨大的挑战。随着科学技术、医疗水平以及生活习惯的改变，人口结构也随之改变。当前，我国人口老龄化发展速度极快，我国2017年末总人口数为13.9亿人，65岁及以上老年人口为1.6亿人，占总人口的11.4%；60岁及以上老年人2.41亿，占17.3%；总抚养比为39.20%；老年抚养比增速明显。我国的老年人口基数庞大，增长速度又快，不仅老龄化程度逐年加剧，高龄老年人口的数量会逐年递增。从我国2016年中国分地区老龄化总体数据上看，目前在31个省、自治区、直辖市中，有14个省65岁及以上人口占当地总人口比重高于我国平均比例10.85%，我国老龄化程度各地区存在明显差异。

2016年8月26日国家正式通过《“健康中国2030”规划纲要》，提出了要保障人民健康的重大举措，以提高人民健康水平为核心，普及健康生活、优化健康服务、完善健康保障、建设健康环境、发展健康产业，把和健康相关的融入到百姓生活的方方面面。^[1]习近平总书记在党的十九大报告中进一步提出：“构建养老、孝老、敬老政策体系和社会环境，推进医养结合，加快老龄事业和产业发展。”这为新时代中国特色养老事业指明了方向，要加强社会保障体系建设，全面建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次社会保障体系，全面实施全民参保计划。^[2]

养老服务体系是老年人在生活中获得的全方位服务支持的系统，完善的养老服务体系更有利于我国养老服务业的发展。养老服务体系既包括家庭提供基

^[1] 《“健康中国2030”规划纲要》，中共中央、国务院2016年10月25日印发。

^[2] 新华网.习近平提出,提高保障和改善民生水平,加强和创新社会治理 [EB/OL].(2017-10-18)[2017-12-2].http://www.xinhuanet.com/politics/19cpcnc/2017-10/18/c_1121820849.htm.

本生活设施和生活环境，也包括社区提供的服务和基本条件，更加包括政府、社会提供的有关养老服务的形式、制度、政策、机构等各种条件。

新中国成立后，我国人民的经济状况和健康状况得到了极大改善，特别是改革开放以来，随着经济快速发展，人民生活水平提高、平均寿命逐年增加，健康水平大幅度提升。当前，我国人口老龄化快速发展，老年人口规模迅速扩大，养老保障体系面临巨大挑战，应对人口老龄化的经济基础、政策制度、设施条件等方面尚不完备。随着人口老龄化的加剧，以及家庭结构小型化、高龄老人、空巢老人以及失能老人数量增加，大力发展养老服务业已迫在眉睫。现已进入云计算、大数据，互联网+、人工智能、远程终端控制等科学技术革命时代，新的技术涌入行业领域，我国养老服务业的新兴模式还有待完善，需要不断探索。在探索发展中还存在一系列问题，如供需不匹配、核心服务功能定位不准、机制与制度不完善、老年农村家庭照护体系不足、专业照护人员短缺等。

基于此，我国养老产业发展刻不容缓，当前我国经济已经进入新常态阶段，加快发展养老服务业，探索符合中国特色的养老保障制度，不断满足老年人持续增长的养老服务需求，是全面建成小康社会的一项迫切任务。

1.1.2 研究意义

随着人口老龄化程度日趋严重，人口结构变化加剧。我国面临着严峻的养老问题，养老产业的发展与国家的经济和居民生活水平都息息相关，深入研究养老服务产业发展问题既具有理论价值，也具有现实政策意义。

第一，探索中国特点养老服务发展模式与路径具有一定的理论意义。中国人口老龄化规模巨大，在世界上是绝无仅有的。面对如此规模巨大的老年群体，中国在探索应对人口老龄化的过程中可以借鉴西方的经验，但是，更需要探索出一条具有中国特色的养老服务业发展道路，因此，研究中国养老服务业的模式和路径具有一定的理论意义。

第二，研究中国养老服务业发展的推进路径具有一定的现实意义。我国人口基数庞大，在“未富先老”的情况下进入老龄化社会，老年人各种需求不断膨胀，政府用于养老保障体系的补贴快速增长，部分省份已经出现养老保险赤字，

长此以往不利于我国的经济发展和社会稳定。^[1]目前,我国存在着养老服务体系不完善、供求不匹配、城乡发展不均衡、资源配置效率低等一系列问题。研究发展养老服务业发展路径,有利于解决这些问题,对指导我国养老服务业发展具有一定的现实意义。

第三,推动我国养老服务体系建设,探索养老服务业发展的新兴模式。本人在深入研究我国养老服务供给与需求特征和现状的基础上,深入分析养老服务业供给与养老服务业需求之间的矛盾,提出我国养老服务业完善和发展的对策建议。^[2]与此同时,本文结合新技术革命,探索互联网+、大数据、人工智能等新技术,探讨与养老服务业发展融合的新趋势,探索这些新技术领域与养老服务业相互融合、相互渗透的全新模式,为我国加快建设养老服务体系,创新养老服务业新模式提供理论参考。

1.2 文献综述

本文以中国人口老龄化问题为核心,梳理国内外关于中国人口老龄化^[3]、计划生育政策、劳动力供给、经济发展、人口红利期、社会保障制度、养老保险、养老服务等方面的研究成果,还整理了养老服务业发展的相关因素、养老模式以及政策方面的相关研究。

1.2.1 老龄化与养老需求研究

1.2.1.1 关于中国人口老龄化的研究

20世纪80年代以来,中国学者对人口老龄化问题进行了多年的研究,取得了一些重要的研究成果,为积极应对人口老龄化提供了理论准备。2000年,中国步入人口老龄化社会,并且随着中国综合国力和国际地位的大幅度提升,国际社会对中国人口老龄化的关注达到了前所未有的程度。2004年,美国战略与国际问题研究中心(CSIS)公布了一份题为《银发中国:中国养老政策的人口和经济分析》(the Graying of the Middle Kingdom)的研究报告,将中国老龄化的问题归

^[1] 朱勤,魏涛远.中国人口老龄化与城镇化对未来居民消费的影响分析[J].人口研究,2016,40(06):62-75.

^[2] 石贝贝,王金营.人口发展变化对区域消费影响的实证研究——基于中国省级区域的数据[J].人口研究,2014,38(01):77-89.

^[3] Prettnner K. Population aging and endogenous economic growth[J]. Journal of Population Economics, 2013, 26(2):811-834.

纳为三点：劳动年龄人口会因老龄化下降；老年人口的增长速度会加快；老龄保障体系不完善。也有研究认为，老龄化将使中国社会更加稳定。由于老龄化程度的加深，未来几十年中，在中国可能发生的不是由年轻一代引发的激烈变化，而是中老年人口及新兴的中产阶级主导的温和的改革（Harry Dante, 2009）。

关于中国人口老龄化与计划生育政策的关系，学术界一直存在分歧。大多数学者认为：计划生育政策加剧了中国人口老龄化的速度和程度，但对影响程度具有不同认识。一种观点认为，计划生育政策在实行初期对中国人口老龄化影响较大，但随着经济社会发展和人们思想观念的转变，计划生育政策对老龄化的影响逐渐减小，而“丁克家庭”的增多，使老龄化问题更加突出。

很多国外学者提出：中国需要重新调整计划生育政策，以应对日益严重的人口老龄化问题。^[1]^[2]有利于经济增长的人口结构将在 2020 年左右达到顶峰，之后人口结构对经济增长的制约将逐渐上升，特别是 2035 年以后，中国的人口老龄化问题将比美国更为严重，其情形与现在的欧洲和日本类似，因此，中国需要尽快放开生育政策（易富贤，2008；哈瑞·丹特，2009）。

部分国内学者则认为，计划生育政策只是缩短了人口转变过程，降低了人口转变的总成本，有效地缓解了经济起飞阶段的“人口瓶颈”，减轻了人口对经济、社会、资源、环境的压力，虽然使老龄化问题更加突出（丁仁船，2005），但从长远来看，有效控制人口过快增长，也为中国应对人口老龄化奠定了更坚实的经济基础。

计划生育政策之后，中国开始出现低生育趋势，2006 年中国已经进入少子老龄化态势（穆光宗，2017）。虽然 2015 年全面放开二孩政策，但人口年龄结构已经出现两个极端：严重的人口少子化与快速的人口老龄化（穆光宗，2018）。^[3]^[4]低生育风险与老龄化是相伴而生的，生育与养老是相互联接的问题。^[5]

事实上，无论是否实行计划生育政策，中国都会进入人口老龄化社会，一些发达国家没有实行计划生育政策，老龄化速度也很快，日本就是最典型的国家。

^[1] Lyons A C, Grable J E, Joo S H. A Cross-Country Analysis of Population Aging and Financial Security[J]. Journal of the Economics of Ageing, 2018.

^[2] Prettnner K. Population aging and endogenous economic growth[J]. Journal of Population Economics, 2013, 26(2):811-834.

^[3] 穆光宗, 茆长宝. 人口少子化与老龄化关系探究[J]. 西南民族大学学报(人文社科版), 2017, 38(06):1-6.

^[4] 穆光宗. 低生育时代的养老风险[J]. 华中科技大学学报(社会科学版), 2018, 32(01):1-7.

^[5] 桂世勋. 全面两孩政策对积极应对人口老龄化的影响[J]. 人口研究, 2016, 40(04):60-65.

因此,计划生育政策并不是导致人口老龄化的唯一原因。从应对人口老龄化的对策来看,调整生育政策也不能从根本上解决中国的人口老龄化问题。^[1]通过调整生育政策、提高出生率来减缓人口老龄化的发展速度,只会形成“两头沉”的人口结构,这同样是中国经济社会发展所难以承受的。

1.2.1.2 人口老龄化与经济发展研究

美国人口学家皮特·麦克汤纳指出,21世纪西方发达国家持续的低生育率,将带来人口老龄化和劳动力短缺,严重影响经济的持续发展(Peter McDonald & Rebecca Kippen, 2003)。一些国外学者指出,中国人口老龄化将导致劳动力抚养比上升,劳动力比较优势将逐步丧失。^[2]

从中国人口发展的实际状况来看,虽然新增劳动力人口将逐渐减少,2040年以前劳动力人口规模仍然庞大(李斌,2008);根据《国家人口发展战略研究报告》的预测,2016年劳动力峰值为10.1亿人。目前,在一些地区出现的“民工荒”现象,主要是由于工资水平较低,以及劳动力素质不能满足实际需求,造成局部的结构性劳动力供给不足,并不是真正意义上的劳动力短缺,相反,迄今为止中国还有大约1.2亿农村剩余劳动力需要转移,劳动力转移和就业压力仍然很大(《国家人口发展战略研究》,2007)。

从长期来看,中国人口老龄化必然会对劳动力供给产生影响。陆杰华(2006)认为劳动力老化是人口老龄化进程的客观选择。^[3]童玉芬(2014)提出老龄化引起劳动人口规模下降,但在2030年前下降速度较缓。^[4]未来劳动年龄人口中25-44岁年轻年龄组群所占比例下降,45-64岁相对较高年龄组群所占比例上升,而且劳动参与率也将出现下降趋势,尤其是在2045年人口老龄化发展到严重阶段以后,其下降的趋势将更为显著。届时,中国的劳动力供求关系将发生根本性的转变,“劳动力无限供给”状况将逐步消失。

西方主流经济学认为,老龄化将导致有效需求不足,从而影响到经济增长。老龄人口平均抚养费用大大高于青少年人口的抚养费用,并且,青少年抚养费用属于人力资本投资,而老龄人口抚养费用则是纯粹的消费,因此老年人抚养费用

^[1] 翟振武,陈佳鞠,李龙.2015~2100年中国人口与老龄化变动趋势[J].人口研究,2017,41(04):60-71.

^[2] Beard J R, Bloom D E. Towards a comprehensive public health response to population ageing.[J]. Lancet, 2015, 385(9968):658-661.

^[3] 杨道兵,陆杰华.我国劳动力老化及其对社会经济发展影响的分析[J].人口学刊,2006(01):7-12.

^[4] 童玉芬.人口老龄化过程中我国劳动力供给变化特点及面临的挑战[J].人口研究,2014,38(02):52-60.

的增加，可能降低未来的经济增长潜力。^{[1][2]}老龄化程度越高、上升速度越快，对经济发展的制约越强，经济增长的速度也就越慢；反之，老龄化程度越低、上升速度越慢，对经济发展的阻力就越小。^[3]

与上述观点不同，有学者认为，人口老龄化与促进社会经济发展之间没有直接的和必然的联系(乔晓春，1988)，应对老龄化关键还在于经济发展模式的结构化调整。^[4]英国《金融时报》报道称，老龄化与一个国家的衰退并没有直接关系，老年人也要消费，而且消费能力甚至可能高于年轻人，同样也能支持经济增长(《金融时报》2006-12-27)。

发达国家的经验表明，人口老龄化确实对经济增长造成了一定的负面影响。^[5]根据欧盟的预测，劳动力供给和公共财政对发达国家未来经济增长率的影响，欧盟和日本经济增长率大约为下降0.5个百分点，美国则为下降0.25个百分点。一些学者的研究表明人口老龄化使日本劳动力规模大幅度减小，人口老龄化使日本经济发展受到严重影响，国内消费长期低迷，经济发展的活力不足。

从中国的情况来看，人口老龄化与经济增长关系更为复杂。一方面，人口老龄化是影响经济增长的众多因素之一。随着老龄化程度的加深，储蓄率会下降，影响中国未来的经济增长所需要的大量资本投入，对经济增长方式将产生影响。另一方面，人口老龄化也会催生新的市场需求、新的经济增长点，老龄化将为我调整经济结构带来机遇和挑战。

中国目前的人口年龄结构就处在人口红利阶段，劳动年龄人口占总人口比重较大，抚养比较低，劳动年龄人口比例上升，在老年人口比例达到较高水平之前，将形成一个劳动力资源相对丰富、抚养负担轻、于经济发展十分有利的“黄金时期”，为经济发展创造了有利的人口条件，整个国家的经济呈高储蓄、高投资和高增长的局面。由于人口老龄化高峰尚未到来，社会保障支出负担轻，财富积累

[1] Kulik C T, Ryan S, Harper S, et al. Aging populations and management[J]. Academy of Management Journal, 2014, 57(4):929-9

[2] Bloom D E, Canning D, Fink G. Implications of population ageing for economic growth[J]. Oxford Review of Economic Policy, 2010, 26(4):583-612.

[3] Lloyd-Sherlock P. Population ageing and health[M]Population ageing and international development From generalisation to evidence. 2010.

[4] Lee T C, Yang C L, Wang T M. Population Aging and NHI Expenditures in Taiwan[J]. Journal of Population Studies, 2011.

[5] Cai J, Stoyanov A. Population aging and comparative advantage[J]. Journal of International Economics, 2016, 102:1-21.

速度比较快。^[1]

一个国家在享受“人口红利”之后，也会面对“人口负债”。人口负债主要是指人口老龄化时期，老年人口比例上升，劳动力比例下降，抚养比大幅度提高，从而使经济发展的潜力受到影响。国内的多数研究认为，中国的人口红利期将持续到 2030 年（蔡昉，2007）。因此，我们应积极采取对策，充分利用人口红利期，为迎接更为严峻的人口老龄化形势做好充分准备。

1.2.1.3 老龄化与社会保障制度研究

一般认为，人口老龄化会加重社会养老保障负担。^[2]中国是目前唯一在经济不发达情况下进入老龄化社会的人口大国。即使在 2020 年实现 GDP 翻两番的目标，我国人均收入仍处于现在中等收入国家水平，而老龄化程度已接近发达国家，是老年型人口中的穷国。目前，中国还没有建立起像西方国家那样覆盖全社会的养老保障制度，而且即使是发达国家，面对严峻的人口老龄化趋势，^[3]也不堪养老负重。^[4]

“福利国家”纷纷改革传统社会保障体制，增加企业和个人的养老支出，以减轻公共财政的巨大压力。^[5]美国人口学家约翰·邦戈兹在西方发达国家人口老龄化趋势对现行公共养老金制度影响的研究中指出，由于人口的迅速老龄化，主要发达国家实行的现收现付养老金制度将难以为继，国家财政负担将不堪负重(John Bongaarts, 2004)。Watson S.则认为一些国家把大部分社会政策资源用于老年人，而另一些国家的社会资源支出更加平衡。当社会发生变化时，老龄化程度的增加、离婚率的上升、新的生活方式带来劳动力的改变，社会政策不会马上随其改变。所以，像意大利、美国、日本这样的职业福利性国家，社会支出更有利于老年人（Watson S.等，2009）。

日本作为一个超级老龄化社会，老龄化不仅仅是个人的问题，更关乎整个日本的公共政策，例如养老金、健康卫生、长期护理等等。2011 日本的一系列自然灾害更是凸显了“超老龄化”社会的当前和正在出现的问题，特别是对于社区

^[1] 蔡昉.人口转变、人口红利与刘易斯转折点[J].经济研究,2010,45(04):4-13.

^[2] Chen X, Huang B, Li S. Population ageing and inequality: Evidence from China[J]. World Economy, 2017(2).

^[3] McGrattan, Ellen R; Prescott, Edward C. On financing retirement with an aging population[J]. Quantitative Economics, 2017, 8(1), 1-30

^[4] Poterba J M. Retirement Security in an Aging Population[J]. American Economic Review, 2014, 104(5):1-30.

^[5] 胡宏伟,时媛媛,肖伊雪.公共服务均等化视角下中国养老保障方式与路径选择——居家养老服务保障的优势与发展路径[J].华东经济管理,2012,26(01):119-123.

支持系统的需求十分明显（Muramatsu N.等，2011）。在应对老龄化的社会保障制度上，日本部分学者主张老年人多参与各种社会活动，政府应该制定发展再教育结构政策，采取各种就业岗位、就业机会与老年人对接战略。此外，发展老年护理专业人员综合教育体系也是应对日本老龄化的一部分。

21 世纪前半叶，中国人口老龄化速度快、程度高、规模大，迫切需要加快完善社会养老保障体系，以政府为主导，建立广覆盖、低水平、均等化的基本社会养老保障。中国距离老龄化高峰到来还有一段“人口红利”期，在此期间内应尽快建立和完善包括养老保险、医疗保险、社会福利、社会救济等在内的社会养老保障制度框架，为应对人口老龄化做好准备。

另一种观点认为，中国地域辽阔，社会经济条件差别巨大，发达地区有能力率先提供较高水平的基本社会养老保险。北京市人均 GDP 在 2009 年将达到 1 万美元，已经相当于中等发达国家的水平。与发达国家“先富后老型”人口老龄化相比较，中国的人口老龄化是“未富先老型”。从国内分地区的情况看，部分东部沿海地区、发达地区属于“边富边老型”，这些地区有经济能力承担社会养老的基本需求(申群喜，黄金湖，2006)。

不论是哪种观点，也不论是继续现收现付制的养老保险，还是实行基金积累制的养老保险，都对政府财政转移支付、财富分配提出了新的课题，已有学者提出由政府给予参保补贴以扩大社会养老覆盖面。^{[1][2]}总之，老龄化从又一个角度要求政府让利于民，变“国富民穷”为“民富国强”。

1.2.1.4 健康老龄化研究

国内外学者对于老龄化的研究比较多，人口老龄化围绕人类寿命、预期寿命、发病率改变、残疾趋势以及死亡率降低等数据展开了地理、文化、医学以及社会经济的讨论。³学者们探讨老龄化的成因包括人口生存率的提高、慢性疾病进展的控制、老年人群的健康状况、健康行为的改善、以及超高龄老人的出现，并且预测未来的发展趋势是残疾人口的扩大或者压缩，所以发展健康老龄化具有一定的意义（Robine J.M.等，2004）。

自 2000 年以来，法国、德国、意大利、英国、美国、加拿大、日本等发达

[1] 杜鹏. 中国老年人长期照护：需求、服务与制度建设[N]. 中国社会科学报,2013-04-26(A08).

[2] 尹惠茹. 城市非营利性养老机构养老服务能力评价研究[D]. 吉林大学,2017.

[3] 彭希哲,卢敏. 老年人口死亡概率时代变迁与老年定义的重新思考[J]. 人口与经济,2017(02):1-10.

国家的预期寿命增长，虽然各国的趋势不同，但这些国家的人口由于低生育率、低移民率和寿命增加而面临不同程度的老龄化。有很多学者提出这样的问题，预期寿命的增加是否伴随着功能限制和残疾的并发?答案是开放的，但 Christensen K.等学者的研究表明衰老过程是可以改变的，人们寿命增加伴随技术和医学发展，人类逐渐会没有严重的残疾，所以保持老年人的健康状态对于我们迎接人口老龄化挑战的将是重要的机会（Christensen K.等，2009）。

健康老龄化的观念在众多学者的研究中都有提及，这种健康不光来自于老年人生理层面，也包含了心理层面。近年来，在强调健康老龄化的积极方面做了很多研究，不仅有流行观点也有学术报告，都强调未来几年老年人如何获取最佳健康度、幸福度、社会融合度以及生活满意度的途径。

在对社区老年人的纵向文献回顾发现，在健康方面，老年人功能下降的风险因素包括认知障碍、抑郁、疾病压力、社交低频等很多方面，政府需求规划老年人健康计划、残疾进程计划、同时规划社会服务发展方向（Stuck A.E.等，1999）。很多学者认为老年人的健康状况与工作时间相关，延长工作时间的的影响因素包括职业、国家政策以及工作场所等。有学者对美国老年人延长工作时间的因素进行了探讨，女性、从事体力劳动较重、底薪不稳定的老年人群体不希望延长工作时间，他们更渴望自身能够在健康状况较好的情况下退休（Á Ní Léime 等，2018）。

老年人的心理健康也是健康老龄化的一部分，部分高龄老年人能保持着较好的身体状态和心理状态，而另一部分老年人在生命的最后几年由于受到慢性疾病或残疾障碍困扰，心理上极易出现问题（Pillemer K.等，2003）。高龄且健康是老年人追求的最好状态，研究发现虽然许多美国人比以往任何时候都活得更长更健康，但慢性病的风险随着年龄增长而急剧增加(Jette,1996; Manton,1996)。同时，高龄与认知障碍的发病率以及精神障碍发病率之间有很强的相关性(Roberts 等，1997)。

在分析经济资本与老年人的健康关系上，东亚国家对于这部分研究少于西方国家，Ichida Y.采用多水平分析方法调查日本社会资本与健康之间的关系。研究强调当个人层面变量和社区层面的平均收入被控制时，高社会资本、降低基尼系数与多水平模型的良好自评健康显著相关（Ichida Y.等，2009）。

1.2.2 养老服务业发展研究

1.2.2.1 长期照护养老服务研究

国外养老服务发展较早，国外学者对于长期护理、护理保险制度、养老基金的探讨比较广泛和深入。^[1]在长期护理保险方面，Doty Pamela 等对法国的长期照护制度的发展情况进行了论述，并且对比了法国和美国长期照护制度的不同。^[2]美国已经采取了部分措施以促进老年人购买长期护理保险，目的是为了减少公共支出，让更多的私人资金投入长期护理保险体系中。

Cornell 和 Grabowski 检验了改变国家政策对于个人长期护理保险的影响，发现在最低风险人群中，税收激励和合伙计划分别增加了 3.62% 和 1.8%，在高危个体之间没有显著影响。结论显示如果私人市场要在长期护理融资中发挥作用，政策需要解决潜在的逆向选择问题（Cornell P. Y., 2018）。

Kristina L. Guo 对美国的长期护理管理系统进行了研究，指出美国的长期照护是复杂和严格管理的，但风险的发生率仍然存在。^[3]Chiara Canta 和 Pierre Pestieau 在《长期照护保险和家庭标准》中研究了家庭和市场在提供长期照护方面的相互作用。

Goda G.S.表明国家私人长期护理保险的税收补贴对保险范围和医疗补助支出存在影响。学者探讨国家税收补贴对私人长期护理保险的变化，来确定税收补贴是否增加了私人保险的覆盖面，同时降低了长期照护的医疗补助成本。结果表明在高收入、资产富裕个体和医疗补贴依赖度较低个体中，平均税收补贴覆盖率提高了 2.7%（Goda G.S.,2011）。

在养老基金方面，Kurach R.在提出了适合于养老基金行业长期投资的投资组合选择方法。^[4]Golinowska S.以波兰为例的欧洲福利制度模式的案例研究了经济和金融危机对波兰养老金制度的影响。Hupfeld Stefan 分析德国公共养老金制度中养老金期限与养老金索赔之间的关系，特别强调了在健康方面的不同结果。

^[1] Lisenkova K, Bornukova K. Effects of population ageing on the pension system in Belarus[J]. Baltic Journal of Economics, 2017, 17(2):103-118.

^[2] Doty P, Nadash P, Racco N. Long-Term Care Financing: Lessons From France[J]. Milbank Quarterly, 2015, 93(2):359-391.

^[3] Guo K L. Risk Management and Quality Management in Long-Term Care Organizations: A Collaborative Model[J]. Risk Hazards & Crisis in Public Policy, 2012, 2(1):1-14.

^[4] Kurach R. International diversification of pension funds using the cointegration approach: The case of Poland[J]. Transformations in Business & Economics, 2017, 16(2):42-54.

[1]Vladimir Kogan 和 Mathew D McCubbins 对于美国加利福尼亚州的养老金改革政策和前景进行了分析。

1.2.2.2 养老服务需求及体系研究

在老年人的养老需求选择上,大部分学者对于日常照料需求进行了细致的论述,一种观点认为老年人对于日常照料需求显著,另一种观点认为医疗康复需求更显著,还有部分学者对于老年人精神慰藉需求进行了理论阐述。

史薇探究了养老资源与老年人居家养老服务的需求影响,北京市老年人在需求选择上,对于生活类照料中的老年餐桌服务需求最高,占比为 35.1% (史薇等, 2014)。俞卫等以上海市为例对老年照料服务需求情况进行预测,提出家庭和社区相融合的照护体系,目的是解决空巢老人家庭照护资源不可获得的问题(俞卫和刘柏惠, 2012)。^[2]

在养老体系研究上,有很多学者对北京市养老服务体系进行了探究,杜鹏分析北京市养老服务体系的宏观对策和现存挑战(杜鹏, 2012),周玉对于北京市社会养老服务体系构建的金融支持系统进行了探讨(周玉, 2018)。刘辛对北京市海淀区养老服务存在的问题进行了梳理(刘辛, 2010)。

常振(2012)对合肥市的养老服务体系进行剖析,提出观念、经济、政策、管理体制和运行机制五种影响因素,并对所需资金进行了估算。^[3]李楠(2016)对沈阳市养老服务业发展对策进行了研究。巢莹莹、张正国(2016)对上海市养老服务业养老机构床位供需不匹配现象进行论述,并提出公司合作的 Public Private Partnerships 的运营模式,强调模式不单单以政府为主体,是通过融入社会资金搭建养老服务业。^[4]

中国社会养老服务需求规模预测的方法技术也在不断完善,朱铭来等根据我国老年人口特征,测算中国 2010 年至 2050 年老年长期照护需求人数以及照护总费用等情况(朱铭来和贾清显, 2009)。^[5]

1.2.2.3 农村养老问题研究

越来越多的学者认识到中国农村养老问题的严峻性,王桂新等强调应高度重

[1] Hupfeld S. Rich and healthy-better than poor and sick? An empirical analysis of income, health, and the duration of the pension benefit spell[J]. Journal of Health Economics, 2009, 28(2):427.

[2] 俞卫,刘柏惠.我国老年照料服务体系构建及需求量预测--以上海为例[J].人口学刊,2012(04):3-12.

[3] 常振.合肥市养老服务业发展研究:[D].芜湖:安徽师范大学,2012,15-20.

[4] 巢莹莹,张正国.上海市养老服务业供给侧改革路径选择--基于 PPP 模式[J].经济论坛,2016(04):16-19.

[5] 朱铭来,贾清显.我国长期护理需求测算及保障模式选择[J].中国卫生政策研究,2009,2(07):32-37.

视农村老年人口过快老龄化的问题（王桂新，2015）。关于如何解决农村养老问题，学术界存在两种观点：一种观点认为，家庭养老是中国农村养老的最适宜模式。马运瑞(2000)、刘泰洪(2001)、郭震威(2001)等从家庭养老的特殊职能、社会养老保险的发展状况和传统道德教化的作用等角度分析，认为传统的家庭养老体系在农村发挥养老主渠道的作用。

目前，农村老年人养老脆弱性明显，对于我国农村老年人养老进行了深入的探究，认为子女在中国农村老年人社会支持网络中占据核心地位（宋璐、李树苗等，2006）。^[1]在农村老年人养老居住方式上，李树苗强调居家养老是大部分农村老年人的选择方式，基于可持续生计分析框架，探讨农村老年人的福祉及养老问题（李树苗，2017）。^[2]

另一种观点认为，建立农村养老保险是中国的必然选择。王德文(2006)分析了农村家庭养老角色走向减弱的趋势，提出需要建立正式的农村社会养老保障体制作为其补充和替代。宋宝安(2007)从城乡社会保障制度衔接的必要性角度提出建立农村社会养老保障体制对策。

中国老龄事业发展“十一五”规划(2007)明确指出，农村要加强家庭成员养老和土地养老保障的基础作用，有条件地区积极探索建立农村最低生活保障制度、社会养老保险制度、集体养老津贴发放制度等。王桂新(2015)认为要实现新型城镇化、推进农民工市民化进程，特别需要提高农民工养老保险。^[3]可见，农村社会养老保险需求的迫切性已得到政府的认可。

1.2.2.4 社会参与养老服务研究

日本的老年人再就业发展较早，日本老年人希望度过健康的晚年，并从晚年生活中获得巨大的成就。很多学者对于社会参与以及再就业的意义和相关措施都进行了比较细致的论述。Arai H.等学者提出不应该将老龄化看做是一种消极的社会现象，而应该让老年人通过社会参与和社会贡献来享受健康、繁荣的生活。由于低出生率和高预期寿命，预测日本总劳动力比率在不久的将来会下降，所以促进老年人的社会参与和社会贡献具有重要意义（Arai H.等，2012）。Pillemer等学者表明丧偶、失去有意义的社会角色以及进入养老院等负面的生活转变很可能

^[1] 宋璐,李树苗,张文娟.代际支持对农村老年人健康自评的影响研究[J].中国老年学杂志,2006(11):1453-1455.

^[2] 李树苗,徐洁,左冬梅,曾卫红.农村老年人的生计、福祉与家庭支持政策——一个可持续生计分析框架[J].当代经济科学,2017,39(04):1-10+124.

^[3] 王桂新,胡健.城市农民工社会保障与市民化意愿[J].人口学刊,2015,37(06):45-55.

发生在老年时期，这些转变往往导致老年人与社会孤立或幸福感下降(Pillemer等,2000)。

社会关系在维持老年人心理健康方面起较大的作用，有学者表明社会网络参与所产生的支持是存在性别差异的。老年人的心理健康在性别上存在差异，解释了女性老年人比男性更容易出现心理困扰的原因(Kawachi I.等, 2001)。Tomioka K.探讨社区居家老年人的社会参与度与认知衰退之间的关系，通过logistics回归分析，结果表明社会群体更大，更有利于社区居家老年人的社会参与，并且有利于他们保持良好的认知能力，且不同的社会参与对于认知衰退的影响在性别上存在差异(Tomioka K.等, 2016)。

国内部分学者对于老年人社会参与也做了研究，金易(2012)对于老年再就业问题的进行了探索，通过2005年中国1%人口抽样调查数据，计算出中国各省的老年人力资本总量和老年人口健康总指数，并分析中国老年人再就业现状、城乡比例、收入、职业以及工作时间等。^[1]赵莹(2015)在从宏观和政策层面分析老年人再就业存在的问题。^[2]

1.2.3 养老服务业发展模式及政策研究

1.2.3.1 养老服务业发展模式研究

基于老年人的居住地点，养老模式主要包括居家、社区以及机构养老模式，很多学者都对于这三种养老模式的现状和问题进行了细致的梳理。北京市的养老服务发展较早，学者们对北京市部分城区的社区养老服务进行了探究，李兵等对北京市月坛街道的社区居家整体情况进行了剖析(李兵等, 2008)，吕普生对北京市宣武区社会组织和政府合作的养老模式进行了探究(吕普生, 2009)，

在机构养老方面，穆光宗剖析了北京市政府养老规划，发现希望将来入住养老机构的老年人比例(24.5%)明显高于政府预期(4%)，论证了发展机构养老的必要性，并对于北京市的养老机构存在的问题进行具体阐述。在北京市的300多个养老机构中发现不能自理老人与养老机构入住之间存在障碍(穆光宗, 2012)。张华、席晶等对于北京市养老机构布局的演变进行了分析(张华, 2012; 席晶等, 2015)。

^[1] 金易.人口老龄化背景下中国老年人力资源开发研究:[D].长春:吉林大学,2012,35-40.

^[2] 赵莹.科学发展观视域下老年人才资源开发研究:[D].大连:大连海事大学,2015,58-69.

丁建定(2013)对于我国居家养老的认识和理论基础进行了探讨,提出自力养老、居家养老、社区养老与机构养老相结合的四种养老模式。借鉴海外居家养老经验,强调机构化向去机构化的方向发展,通过福利变革形成自助、互助与国家政策相结合的福利理念,为与老年人共同居住的子女提供购房优惠和社会居住补贴,如香港、新加坡实行的购房优惠,英国、瑞士实行的居住补贴,日本、韩国的实行养老服务补贴等。^[1]

除了按照居住地点划分的养老模式,新兴的养老模式层出不穷,互联网+养老模式、医养结合养老模式、候鸟式养老模式、以房养老模式等等。随着大数据时代到来,互联网+新兴养老模式受到老年人广泛关注,老年人对于互联网+新兴养老模式的需求量大,但目前互联网+养老服务方式缺乏参与性,服务质量也有待提高。在对老年人使用网络进行养老服务需求选择上,北京市老年人对于使用网络进行医疗康复服务的需求占比最高,为76%(吕学静,2013)。

在医养结合养老模式上,很多学者都探究了中国应该如何进行医养结合,并分析了现存挑战。^{[2][3]}杨菊华(2018)指出医养结合更适合目前中国老年人的需求趋势,^[4]杨贞贞(2014)在中深入分析城镇医养结合社会养老服务筹资模式,剖析2006-2012年的中国养老服务机构入住率等情况,构建了家庭病床、社区健康养老服务网络、养老机构与医疗机构的合作方式,并预测了2014年至2060年老年人自理能力和慢病状况。^[5]

2014年,北京市出台政策要求所有养老机构和照料中心必须配备或协议医疗条件,截止年底北京市410家养老机构全部配备,276家与周边医疗机构签订书面协议。臧少敏(2015)认为这种与周边医疗机构签订书面协议的医养结合合作模式只适合于过渡期,并不建议独立采取协议合作模式。^[6]王丽华等(2016)对三级综合医院开展“医养结合”的路径进行了实践探析,梳理了国内外医养结合

[1] 丁建定.居家养老服务:认识误区、理性原则及完善对策[J].中国人民大学学报,2013,27(02):20-26.

[2] 原新.医养结合:养老服务业的供给侧改革[J].中国卫生,2018(07):22-23.

[3] 穆光宗.“医养”该如何“结合”?[J].中国卫生,2018(07):20-21.

[4] 杨菊华,杜声红.人口老龄化背景下的医养结合:理念、挑战与对策思考[J].武汉科技大学学报(社会科学版),2018,20(04):401-409.

[5] 杨贞贞.医养结合养老服务筹资模式构建与实证研究:[D].杭州:浙江大学,2014,33-50.

[6] 臧少敏.“医养结合”养老服务的开展现状及模式分析——以北京市为例[J].老龄科学研究,2015,3(12):42-47.

政策,提出细化医院服务种类的措施。上海市出台医养结合的相关政策较多,同时上海市财政投入也逐渐向护理医疗服务倾斜(杨翠迎等,2018)。^[1]

1.2.3.2 养老服务业发展政策研究

政策是养老服务发展的推进器,国内学者一部分文章从国家宏观角度分析国外及中国的养老服务业,如杨钊(2014)对法国多样化的养老服务模式进行思考和探索,^[2]^[3]在邹贺文的《我国养老服务业政府规制研究》中,提到了制度保障成为养老服务业发展的基本,中国政府层面对养老服务业起到宏观调控的作用,同时从政府规制主体、价格规制、市场准入规制等方面分析养老服务。^[4]

部分学者探讨了中国养老服务业的现状以及相关政策^[5]^[6],其中唐振兴《对发展中国养老服务业的思考中》,介绍了中国已经出台的100多条法律法规以及国家2014年财政拨款发展养老服务业的一系列举措。^[7]

大部分学者对于中国较发达城市或省份做了比较深入的探讨,特别是对于北京市、上海市养老机构的具体发展情况和相关政策研究较多,也比较细致。北京市是较早进入老龄化社会的地区,丁建定(2013)对于北京市出台的养老服务政策进行了梳理,这些政策对北京市的养老服务业发展起到了较好的引导作用。

杨翠迎等(2018)将养老服务的政策大致分为设施建设、服务运营、人才建设以及补需方政策四类,并对于上海市的财政政策进行了梳理,总结了上海市养老服务相关政策、存在问题及整改方向。从2014年至2016年,上海市养老服务财政投资资金对机构养老类投资的占比最高,未来加强补需方和医养结合相关养老服务的投入。在政策上,补贴对象由供给方向需求方转变,财政资金投入由机构养老向医养结合养老和社区居家养老转变。^[8]李乐探究养老服务社会化中上海的政府职能演变及发展,对比其他城市的做法,最终归纳提出了地方政府职能整

[1] 王丽华,段力萨,刘阳等.三甲综合医院开展“医养结合”路径实践探析[J].中国医院,2016,20(04):32-34.

[2] Wang X Q, Chen P J. Population ageing challenges health care in China[J]. Lancet, 2014, 383(9920):870

[3] 杨钊.法国多样化产业化养老服务模式的发展及启示--兼论我国养老服务业发展[J].当代经济管理,2014,36(07):88-91.

[4] 邹贺文.我国养老服务业政府规划研究:[D].南昌:江西财经大学,2014,13-26.

[5] 刘红芹,刘强.居家养老服务的制度安排与政府角色担当[J].改革,2012(03):66-71.

[6] UNDP《促进中国养老服务体系发展的财税政策研究》课题组,靳东升,白景明,陈琍.促进中国养老服务体系发展的财税政策研究[J].财政研究,2012(04):10-13.

[7] 唐振兴.对发展中国养老服务业的思考[J].老龄科学研究,2014,4(2):13-21.

[8] 杨翠迎,鲁於,杨慧.我国养老服务发展中的财政政策困境及改进建议——来自上海市的实践与探索[J].陕西师范大学学报(哲学社会科学版),2018,47(05):15-24.

体性优化的核心内容是职能定位、职能配置和职能协作等系统优化观点。^[1]

也有部分学者对于中国其他省份及城市政策现状及问题做了梳理,如王明珠(2014)对哈尔滨市养老服务业进行了探析,分析了存在政策制定主体单一、政策方案内容不健全、缺乏组织间协调与监督、人才队伍建设滞后、缺少政策评价机制等问题。^[2]张世青等(2015)探讨了山东省政府供给的责任,并给出了相应建议。^[3]

综上所述,对于人口老龄化与经济发展、社会保障、养老服务需求体系等诸多方面已经有较多学者进行了深入探索,养老服务供给与需求存在结构性失衡,有较多文章对供给方面进行阐述。但囿于我国养老服务业发展处于初级阶段,相关数据和调查资料较少,鲜有文章对供给和需求两者结合进行量化分析。同时,对于中国现阶段的养老服务业发展新趋势、新模式的系统研究不足,理论层面还需要深入研究。另外,对于中国养老服务业的宏观分析较多,微观数据分析较少;对于政策探讨较多,对于典型案例分析较少。基于此,本文从养老服务供给与需求的两方面出发,梳理宏观政策探讨养老服务业发展的新兴模式,并从微观角度对养老服务业的需求进行实证分析,搭建供给与需求之间的桥梁。

1.3 研究方法

1.3.1 研究框架

本文研究框架包括四个部分,第一部分是研究的总体设计,包括研究背景、研究意义、文献综述及理论基础。第二部分是养老服务业需求分析,第三部分是养老服务业供给分析,对于养老服务需求的四个方面和养老服务供给的三大领域进行了搭建。第四部分根据前面的论述和国外养老服务业的启示,阐述本文的研究结论与对策建议,具体理论框架如图1.1所示。

^[1] 李乐.养老服务社会化中的地方政府职能优化研究:[D].上海:复旦大学,2013,33-50.

^[2] 王明珠.哈尔滨市养老服务业政策评价研究:[D].哈尔滨:东北林业大学,2014,20-26.

^[3] 张世青,王文娟,陈岱云.农村养老服务供给中的政府责任再探——以山东省为例[J].山东社会科学,2015(03):93-98.

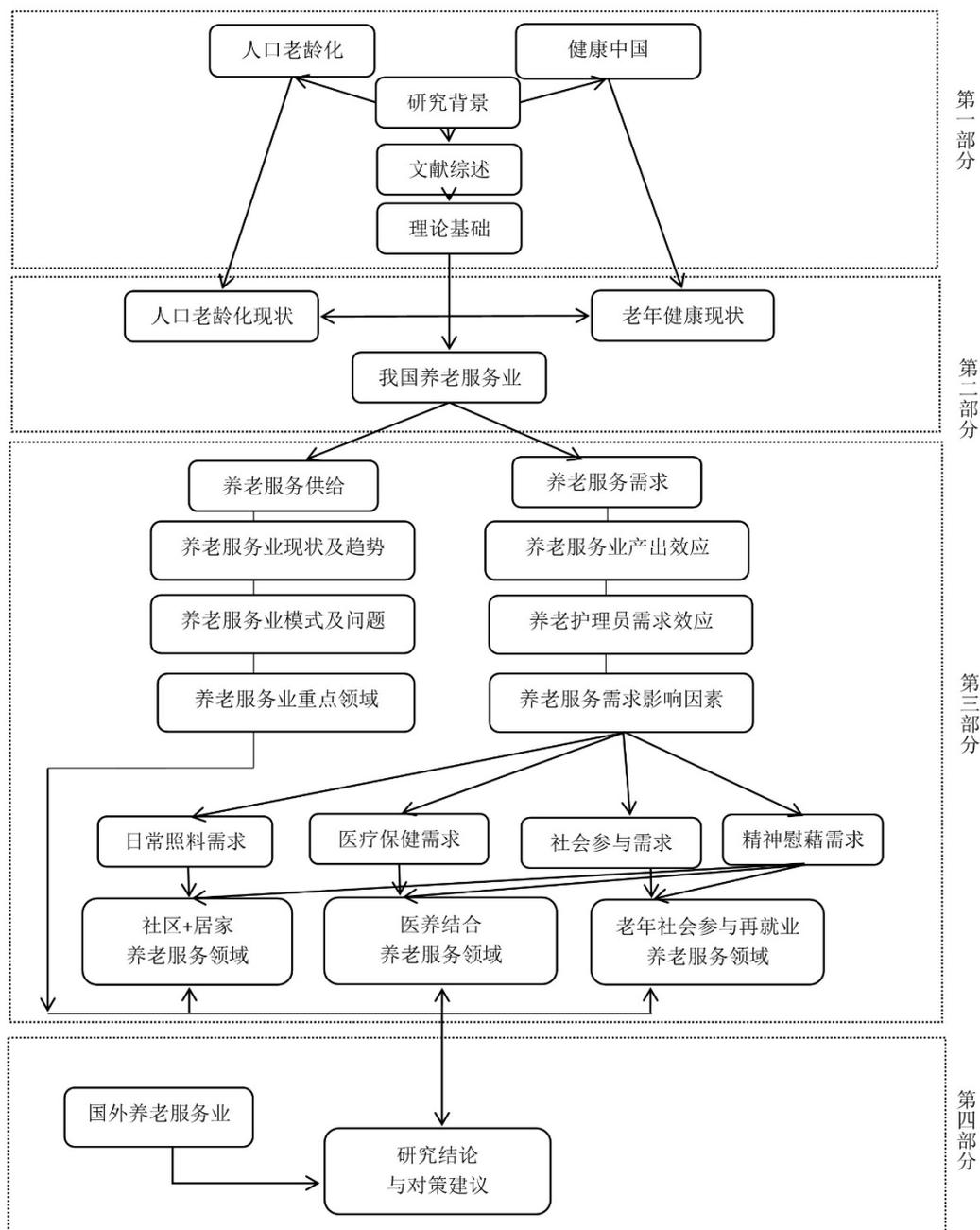


图 1.1 论文框架图

1.3.2 研究方法

本文主要运用文献梳理法、抽样调查法、模型分析法、案例分析法确定研究对象、研究方向、进行资料收集、数据分析处理、数据研究、汇总研究结果及对策建议。包含的具体方法如下：

1.3.2.1 文献梳理法

本文重点梳理了人口转变理论、福利多元需求理论、需求层次理论等基本理

论，剖析了国内、外学者的相关研究及最新文献进展。

1.3.2.2 抽样调查法

2014年，对吉林省重点地区60岁及以上老年人发放调查问卷，内容包括吉林省60岁及以上老年人生活状况、基本情况、养老服务需求情况。调查问卷涵盖了年龄、性别、城乡分布、婚姻状况、慢病情况、自理状况、家庭照料资源状况、养老选择方式、老年再就业意愿等信息。

1.3.2.3 模型分析法

本研究主要采用GDP支出核算法、二次指数平滑法、马尔科夫模型预测法、二元Logit回归分析法。通过GDP支出核算法计算养老服务产业经济产出，运用二次指数平滑法对养老服务业的产出效应进行预测。通过马尔可夫模型对中国养老护理人员的需求效应进行预测，分别预测中国未来自理老人、介助老人、介护老人人口总数，根据老年人的健康程度不同匹配护理人员。以健康状况、婚姻状况、经济收入、婚姻等因素为自变量，分别对日常照护、医疗保健、精神慰藉、社会参与四种需求做二元Logit回归分析，得到自变量与养老服务需求选择上的关系。

1.3.2.4 典型调查分析法

笔者在2016年6月至2017年10月期间，通过吉林省老年学学会下设的老年医学与健康专业委员会组织的养老服务业发展调研活动，对吉林省养老相关企业、养老院、医院以及社区中心进行了深入走访及调研。调研涵盖典型的20家养老机构及医院，包括9个地市州，分别是长春市、吉林市、辽源市、四平市、通化市、白城市、白山市、松原市以及延边州，其中还覆盖了部分城市的下级县。

1.3.3 研究数据

- (1) 2010年第六次人口普查数据。
- (2) Wind数据：历年中国经济宏观数据。
- (3) 2011-2014年中国健康与养老追踪调查CHARLS数据。
- (4) 2015年1%全国人口抽样数据。
- (5) 2015年第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查数据。

(6) 2014 年吉林省老年人生活状况抽样调查数据。

(7) 2016 年-2017 年吉林省 20 家典型养老机构、社区及医院调查数据。

(8) 2018 年中国卫计委人口中长期预测数据。

1.4 研究内容

根据本文的研究思路和研究方法，结构安排设定为九章内容，各章研究工作及内容分别为：

第一章：绪论。本章首先介绍选题背景及研究意义，接着，通过国内国外文献的梳理，总结国内外养老保障和养老服务业发展的研究现状和趋势。阐述本文的研究思路，研究方法和数据来源。介绍本章的研究内容、研究思路与方法，研究创新点和不足之处。

第二章：相关概念及主要理论。主要包括研究涉及的基本概念和相关理论，包括人口转变理论、需求层次理论、福利多元理论。为后续分析提供理论依据和支持。

第三章：我国人口老龄化的现状、趋势及影响分析。分析我国人口老龄化现状及发展趋势，阐述我国人口老龄化的特点，通过动态数据分析我国人口老龄化规模大、速度快、地区差异明显、与经济发展程度不匹配等突出特征，并结合人口预测分析人口老龄化给劳动力、经济发展、养老保障、家庭照顾、健康医疗资源五个方面带来的影响和挑战。

第四章：我国养老服务业需求及影响因素分析。分析我国养老服务业的整体需求以及特点，通过 CHARLS 数据对老年人的养老服务需求方式及影响因素进行了论述。目前，高龄、生活半自理和不能自理老人快速增加，对于日常照料需求、医疗保健需求明显。养老产业作为第三产业快速发展，极具经济价值，对于关联产业需求显著上升。接着，分析自然状况、经济收入、相关政策、社会习惯以及生理心理对于需求的影响及影响因素相互之间的关系。通过老年人生活状况和养老服务需求调查，探求供求矛盾。根据调查，运用了二元 Logit 回归分析，以健康状况、婚姻状况、经济收入、婚姻等因素为自变量，分别对日常照护、医疗保健、精神慰藉、社会参与四种需求做回归分析，得到自变量与养老服务需求选择上的关系，最后得出结论，为我国养老服务业体系构建提供理论支撑。

第五章：我国养老服务业发展分析。首先分析了养老服务业发展的历史沿革以及我国养老服务业发展的大背景。阐述了我国养老服务业的供给情况及发展现状。然后，论述我国目前养老服务业发展的新兴模式，如医养结合养老模式、候鸟式养老模式、互联网+养老模式以及房地产养老模式。接着，提出在这种现存环境下的我国养老服务业发展存在的主要问题，有供需不匹配、核心服务功能定位不准确、机制与制度不完善、老年农村家庭照护体系不足、专业照护人员短缺等。

第六章：我国养老服务业发展新趋势及重点领域分析。我国养老服务业向着其他行业融合、居家与社区养老模式融合、健康中国与健康老龄化融合的发展方向。本文结合老年人养老需求结构，从社区+居家融合养老服务业、医疗保健养老服务业以及社会参与养老服务业三个重点领域探讨养老服务模式的现状及存在问题。同时，分析老年人健康状况与医养结合领域关系、比对各省份养老服务政策，剖析我国医养结合领域需求方向。

第七章：我国养老服务业发展的经济效应分析。重点分析养老服务业的产出效应及养老护理员的需求效应。通过 GDP 支出核算法计算中国 2000 年至 2017 年的养老服务业产出效应和省际产出效应，运用二次指数平滑法对 2018 年至 2030 年的养老服务业产出效应进行预测，并分析养老服务业发展趋势。利用马尔科夫模型计算 2010 年、2015 年三种健康状况下，不同年龄阶段的老年人口数量。根据本文设定的护理员配置标准计算出养护人员潜在需求规模，并与实际在岗职工规模进行对比，分析省区养老护理员的供求差异。同时，预测未来 2020 年、2030 年中国三种健康状况的老年人口数量和护理员人数，还预测了省际养老护理员需求人数，分析中国养老护理员缺口情况及未来养老护理员增长情况。

第八章：国外养老服务业发展的经验和启示。美国、日本等发达国家较早的进入了人口老龄化社会，在应对人口老龄化方面已经形成了良好的体系和机制。我国在经济尚不发达的情况下进入人口老龄化社会，人口老龄化速度快，应对人口老龄化的经济基础、政策体系、制度安排、设施条件尚不完备，西方发达国家的经验值得我们学习和借鉴。本文分析美国、日本、英国的养老保障制度及养老服务体系的特征，总结相关经验，进一步分析美国商业养老模式、日本医疗养老模式、英国税收筹资体制养老模式面临的挑战和发展趋势，为我国的养老服务业

发展提供一些可资借鉴的启示。

第九章：我国养老服务业发展结论与对策。本文在上述分析的基础上，结合我国养老服务业的现状，提出了加快建设和完善我国养老服务业的相关政策建议，主要包括：构建多元主体共同参与的养老服务体系；完善养老保障制度为基础，深化居家社区养老服务业；完善服务业管理体系，加大政策整合力度；提高养老服务人员专业水平；鼓励养老服务业模式创新发展；加强养老服务监管、制定产业标准；提升服务供给能力，健全养老服务信息系统平台等。

1.5 创新点与不足之处

1.5.1 创新点

一是本文将统计模型与中国养老服务业宏观经济发展相结合，通过实证量化养老服务业的经济产出，预测了中国养老服务业未来发展趋势及省区发展情况。根据老年人健康程度不同，预测不同分龄阶段、不同健康程度的老年人口规模及护理员需求人数，弥补宏观数据在老年护理方面的数据缺失。

二是本文提出了研究养老服务业发展的分析框架。把养老服务日常照料需求、医疗保健需求、精神慰藉需求、社会参与需求四个方面的需求对应到老年人供给的社区+居家融合养老服务业、医疗保健养老服务业以及社会参与养老服务业三个重点领域，比对供给和需求之间的关系。

三是本文结合新技术革命，分析养老服务业发展的新模式。探讨云计算、大数据、互联网+、人工智能等新科技革命与我国养老服务业融合发展的新兴模式。

1.5.2 不足之处

一是养老服务业涉及领域较广，与各个行业存在交织较多，各种政策较为分散，本文对我国的养老服务业政策层面的梳理相对不足，有待在今后的研究汇总进一步完善。

二是由于养老服务业涵盖医疗、卫生、教育、食品、金融、旅游、地产等诸多方面，相关分支较广，相关数据资料较少，细致深入研究比较困难，有待进一步研究。

第2章 相关概念及主要理论

本章主要阐述与养老服务业相关的概念和理论,包括人口学的基本概念,人口老龄化、年龄中位数、抚养比、养老服务体系等。在理论上,阐述了人口转变理论、福利多元理论、需求层次理论,剖析了福利多元主义、福利计划的应用及意义。研究论述了需求层次理论“由低到高”的五个层次需求和人类需求的多元化方式。

2.1 相关概念

2.1.1 人口老龄化

在农业社会,受到生产力水平、科学技术水平、医疗技术水平限制,人口处于“高死亡率、高出生率、低自然增长率”阶段。^[1]直到工业革命到来,人类大力发展生产力改变了这一现状,生产力水平日益提高,物质生活逐渐丰富,科学技术和医疗水平的提高进一步使死亡率大幅下降,人口的预期寿命延长,人类社会开始出现老龄化现象,生产力和科学技术发展较快的西方国家已率先步入老龄化社会。所以说人口老龄化是经济社会发展的产物,是时代文明进步的标志。^[2]

人口老龄化是指总人口中因年轻人口数量减少、年长人口数量增加而导致的老年人口比例相应增长的动态过程。包括两方面含义,一方面是指老年人口相对增多,在总人口中所占比例不断上升的过程。第二个方面是指社会人口结构呈现老年状态,进入老龄化社会。按照联合国的定义,当一个国家或地区60岁及以上老年人口占总比重超过10%,或65岁及以上老年人口占总人口比重超过7%,即意味着这个国家或地区处于老龄化社会。新中国成立后,得益于公有制度的推行,人们的基本生活得到保证,促使中国人口死亡率奇迹般地迅速下降并逐渐趋于稳定。^[3]

^[1] 李建新.轮生育政策与中国人口老龄化[J].人口研究,2000,24(02):9-13.

^[2] 刘爽.人口均衡具有重要的社会发展内涵[N].中国人口报,2010-8-2(003)

^[3] 张恺梯,郭平.中国人口老龄化与老年人状况蓝皮书[M].北京:中国社会出版社,2010:5-10.

2.1.2 人口结构类型

人口年龄结构也叫人口年龄构成,指一定时间、一定地区各年龄组人口在全体人口中的比重。不同年龄人口的组成从0岁组开始直到该地区或国家的某个最高年龄组结束,一般的年龄结构划分为少年儿童组(0-14岁)、成年组(15-64岁)、老年组(65岁及以上),各个年龄组的人口在其总人口中所占的比重就构成了人口年龄结构,国际上把人同年龄结构划为三种类型,即年轻型、成年型、老年型人口,如表2.1所示。

表 2.1 划分人口年龄结构类型的标准数值 (单位: %、岁)

人口结构类型	老年人口比重	儿童少年人口比重	老少比	年龄中位数
年轻型	5 以下	40 以上	15 以下	20 以下
成年型	5 至 10	30 至 40	15 至 30	20 至 30
老年型	10 以上	30 以下	30 以上	30 以上

数据来源: UN. the Aging of Population and Its Economic and Social Implications.Sales No.1956 XIII.6.

2.1.3 人口老龄化的指标

2.1.3.1 老年人口比重

老年人口比重,又称老年系数,指65岁及以上人口占总人口的比重,通常用百分比表示。老年人口比重直接反映人口老龄化程度,是在有关人口老龄化指标中使用最广泛的指标。^[1]人口老龄化的水平,通常用老年人口比重来衡量。

2.1.3.2 老化系数

老化系数,也称为人口老年化系数或老年儿童比率,指老年人口占少年儿童人口的比重,以百分比表示。老化系数是排除了劳动年龄人口因素影响,在分析人口老龄化时经常使用的另一个指标。

2.1.3.3 抚养比

人口抚养比是指非劳动年龄人口与劳动人口之比,其中非劳动年龄人口是指0-14岁及65岁及以上人口,劳动人口指的是15-64岁人口。人口抚养比也称作总抚养比,是少儿人口抚养比和老年人口抚养比之和;少儿人口抚养比是0-14岁的少年儿童占劳动人口(15-64岁人口)的比例;老年人口抚养比是65岁及以上老

^[1] 李仲生.人口经济学[M].北京:清华大学出版社,2006,318-320.

年人口占劳动人口（15-64岁人口）的比例。老年人口抚养比和总抚养比是分析人口老龄化问题时的关键指标。

人口抚养比的计算公式如下：

$$\text{总人口抚养比} = \frac{\text{0-14岁人口数} + \text{65岁及以上人口数}}{\text{15-64岁劳动年龄人口数}} \times 100 \dots\dots\dots (2.1)$$

$$\text{少儿抚养比} = \frac{\text{0-14岁人口数}}{\text{15-64岁劳动年龄人口数}} \times 100 \dots\dots\dots (2.2)$$

$$\text{老年抚养比} = \frac{\text{65岁及以上人口数}}{\text{15-64岁劳动年龄人口数}} \times 100 \dots\dots\dots (2.3)$$

$$\text{总人口抚养比} = \text{少儿抚养比} + \text{老年人抚养比} \dots\dots\dots (2.4)$$

从宏观角度来看，人口抚养比反映了人口作为生产者和消费者之间的相互关系。人口年均增长率与少儿抚养比呈正相关，生育率下降的越快，少儿抚养比也下降的越快。当老年人口抚养比的上升幅度大于少儿抚养比的下降幅度时，总抚养比停止下降逐步回升。

2.1.3.4 年龄中位数

反映老龄化问题的另一个参数是年龄中位数，又称为中位年龄，是指把人口分割成相等的两部分，位于中间点的那个人的年龄即是年龄中位数。年龄中位数能够反映出人口年龄的分布情况和集中趋势，国际上也采用年龄中位数来划分国家的人口年龄构成类型。年龄中位数在20岁以下、20岁至30岁之间、30岁以上分别为年轻型人口、成年型人口以及老年型人口。对比年龄中位数随时间不同的移动轨迹也可以分析老龄化的程度以及状态。

2.1.4 养老服务

养老服务指的是为老年人提供必要的生活服务，满足其物质生活和精神生活的基本需求。养老服务涵盖老年人生活的所有方面，凡是老年人的切实需求，都

为养老服务的主要内容，包括生活照料服务、助浴服务、助餐服务、代办服务、医疗保健服务、医疗协助服务、健康咨询服务、康复服务服务、家政服务、紧急救助服务、安装维修家电服务、精神支持服务、心理疏导服务以及其他服务等。

2.1.5 养老服务体系

养老服务体系是一个完整的系统，服务对象涵盖所有的老年人，并且能够满足所有老年人提供精细化、多元化、差异化的服务需求。养老服务体系主要是以满足老年人基本生活需求和提升老年人生活质量为目标，与经济和社会发展水平相适应，同时面向所有老年群体，提供基本生活照料、护理康复、精神关爱、紧急救援，与社会参与的组织、人才、设施、和技术要素形成网络，同时具有配套的服务标准、运行机制和监督制度。养老服务体系分类主要有两种：一种是依据服务主要提供主体可划分为家庭养老服务体系、社区养老服务体系和社会养老服务体系。另一种是依据老年人生活居住形式，分为居家养老服务和机构养老服务。

2.1.5.1 家庭养老服务体系

顾名思义家庭养老服务体系主要是在家进行养老服务，服务主要是由老年人自身、配偶、子女以及亲朋好友负担。优势是养老服务经济支出少、亲情氛围比较充足，老年人能够享受天伦之乐。缺点是在社会竞争压力加大、空巢老人数量增加、家庭结构小型化日趋严重的环境下，家庭养老服务功能逐渐弱化，单纯依靠家庭养老服务体系支持的养老服务难以满足需求。

2.1.5.2 社区养老服务体系

老年人通过社区提供的养老服务进行养老，一般以老年人居住家庭附近的社区为依托。优势是能够享受社区提供的日常照料服务，上门服务及部分政府购买服务。缺点是对于失能老人、完全不自理老人的照料存在不足。

2.1.5.3 社会养老服务体系

它是指政府、社会对养老服务有支持意义的各种制度、政策、机构等方面所构成的系统。其中社会养老体系又包括了基本和非基本养老服务体系两项。基本养老服务体系是政府对生活特别困难的老年人最起码保障型的服务，重点是保障失、半失能老年人和低收入老年人的基本服务需求。非基本养老服务体系是指政

府、社会对非营利性养老服务和市场性（赢利性）养老服务有支持意义的各种形式、制度、政策、机构等方面所构成的系统。提供者包括社会团体、个人民营及外资机构。

2.1.6 养老保障

养老保障或养老保障制度，是指国家和社会根据一定的法律、法规，为保证劳动者在达到国家规定的解除劳动义务的劳动年龄界限，或因年老丧失劳动能力退出劳动岗位后的基本生活而建立的一种社会保障制度。国家和社会是养老保障的主体，居民在养老过程中都扮演者重要角色。^[1]

2.1.7 健康老龄化

健康老龄化是80年代后期，由于世界人口老龄化的发展而产生的一个新概念。健康老龄化，一方面是指老年人个体和群体的健康，另一方面是指老年人生活在一个良好的社会环境。包括老年人个体健康，包括老年人生理、心理健康和良好的社会适应能力；老年人口群体的整体健康是健康预期寿命的延长以及与社会整体相协调；人文环境健康是人口老龄化社会的社会氛围良好与发展持续、有序、合规律。^[2]

2.2 主要理论

2.2.1 人口转变理论

人口转变理论是由西方经济学家汤姆逊、兰德里、特斯坦等学者在研究生育率、死亡率以及人口迁移的过程后梳理出来的重要理论。人口转变理论是指由原始人口再生产类型“高出生率、高死亡率、低自然增长率”到传统人口再生产类型“高出生率、低死亡率、高自然增长率”，再到现代人口再生产类型“低出生率、低死亡率、低自然增长率”的过程。这是发展中国家转变的基本规律，也正适合我国现阶段的发展国情。

人口转变阶段分为高位静止、扩展前、扩展后、低位静止以及负增长五个阶

^[1] 王伟.应对人口老龄化的中国养老保障制度研究[D].北京:中央民族大学,2009,15-18.

^[2] 郭沧萍,姜向群.“健康老龄化”战略刍议[J].中国社会科学,1996(05):52-64.

段。第一阶段：人口总量小，出生率、死亡率都处于较高水平，人口处于高位静止期；第二阶段：出生率仍处于比较高的水平，当死亡率开始逐渐下降，自然增长率增加，人口处于扩展的前期；第三阶段：随着社会发展，出生率开始逐渐下降，出生率仍大于死亡率，这时是扩展后期；第四阶段：出生率继续下降，与死亡率越来越接近，人口总量几乎保持不变时，处于低位静止时期；第五阶段：出生率越降越低，低于死亡率，人口总量下降，这时人口的负增长时期到来，如图 2.1 所示。^[1]

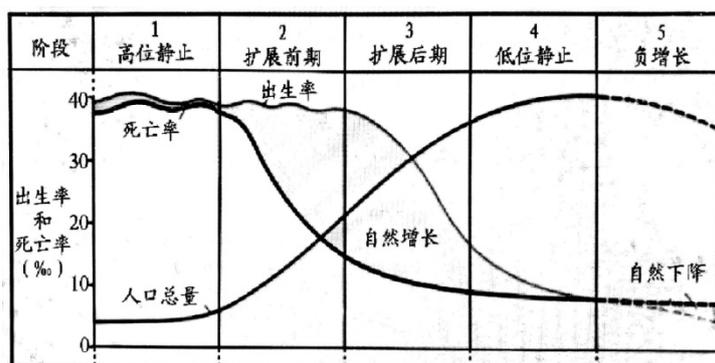


图 2.1 人口增长模式及人口转变示意图

资料来源: http://hs-geography.ism-online.org/files/2010/09/demographic_transition_detailed.jpg

死亡率下降的原因本质上是社会生产水平的不断提高，包括食品的改善、教育水平的提高和医疗卫生条件的进步。也取决于社会、经济和政治条件，这些条件的差异导致了人类生活水平的改善能否使所有阶层人群都受益。死亡率的下降也受人民的生活水平、医疗手段和技术的影响，社会民主化程度的不断提高使生活水平和医学进步，并且惠及每个人，从而使死亡率持续下降。

生育率转变理论揭示了生育率下降与死亡率下降的关系。儿童和婴儿死亡率的下降提高了存活率，同时也给家庭资源带来压力，随即对死亡率下降这一人口变迁做出了响应，努力工作或者迁移别处。而真正意义的反响作用在第二代，为了体验种种好处，避免父辈的种种问题，死亡率下降后的三十年生育率也会下降。死亡率的下降改变了对子女价值的看法，由于子女经济价值的降低和养育成本的提高，削弱了养育子女的动机，人们乐于接受控制生育的观念。因此养育子女动

^[1] 刘爽,卫银霞,任慧.从一次人口转变到二次人口转变——现代人口转变及其启示[J].人口研究,2012,36(01):15-24.

机的变化是生育率下降的根本原因。在不同的社会历史条件下，“代际财富流”流动决定了人们的生育数量。随着生产力转变，现代夫妻已经认识到在子女身上获得财富远小于在子女身上的付出，过多生育子女即增加了经济负担，也增加了感情负担。

2.2.2 福利多元理论

本节主要阐述了庇古的福利经济理论和贝弗里奇的福利计划。庇古是福利多元理论的创始者，在此基础上，1942年，贝弗里奇提出福利计划，该计划实现了福利理论向政策过渡，是西方社会保障发展史上的里程碑，理论及主要应用对比如表2.2所示。^[1]

表 2.2 福利多元理论主要代表人物及理论

名称	代表人	年份	主要理论	主要应用及意义
福利经济理论	庇古	1912年	<ol style="list-style-type: none"> 1.判断社会福利的大小，受国民收入总量和国民收入分配的平均程度两项因素影响 2.增加国民收入是增加社会福利的最基本手段 3.通常用增加穷人收入，提升其实际收入的绝对份额，就可以提高经济福利 	<ol style="list-style-type: none"> 1.国家对社会保障基金的累积采用征收累进税的方式，实行的措施包括建设福利设施、颁布失业津贴制、社会救济相关制度 2.对西方国家社会保障政策产生了重要的思想
福利计划	贝弗里奇	1942年	<ol style="list-style-type: none"> 1.提出通过社会保险、国民救助和自愿保险三个层次保障人们不同需要的重要观点 2.社会保险用于满足居民的基本需求；社会救济用于满足居民的特殊需求；自愿保险用以满足居民较高层次的需求 3.在社会保障制度中突显社会保险的地位，它是社会政策的一项基本的重要内容 4.国家提供福利是以国家利益为基础，而非某些群体的局部利益，这是提供保障的基本准则 5.社会保障规定承担责任主体包括国家和个人，要双方合作共同来达成 	<ol style="list-style-type: none"> 1.英国实行的一系列社会保障立法，1945年的《家庭津贴法》，1946年的《社会保险法》、《国民健康服务法》、《工业伤害法》，1948年颁布的《国民救济法》 2.使英国的社会保障从零星分散转入完整的法律体系，英国由此成为世界上第一个福利国家

资料来源：李仲生，《人口经济学》，2013年。

2.2.3 需求层次理论

马斯洛需求层次理论提到人类的需求从低到高的分为生理需求、安全需求、

^[1] 王争亚,吕学静.福利多元主义视角下我国养老服务供给主体问题解析[J].中国劳动,2015(04):73-78.

情感归属需求、尊重需求以及自我实现需求。需求层次理论是养老服务业发展的重要理论基础，养老服务需求即包括吃、住、洗浴等这种低层次的基本生理需求，也包括健康保障、朋友圈建立、相互尊重以及自我价值实现的高层次需求。

表 2.3 马斯洛需求层次理论内容

	内 容	特 点
生理需求	呼吸、水、食物、睡眠、生理平衡、分泌、性	基本生理需求，生理机能得到满足的基础
安全需求	人身安全、健康保障、资源所有性、财产所有性、道德保障、工作职位保障、家庭安全	整个有机体是一个追求安全的机制
情感和归属需求	友情、爱情	相互的关系和照顾，感情需要比生理上需要更细致，它和个人的生理特性、经历、教育、宗教信仰都相关
尊重需求	自我尊重、信心、成就、对他人尊重、被他人尊重	得到稳定的社会地位，得到社会的认可
自我实现需求	道德、创造力、自觉性、问题解决能力、公正度	自我实现的需要是最高层次的需要，是指实现个人理想、抱负，发挥个人的能力，到最大程度，达到自我实现境界的人，接受自己也接受他人，解决问题能力增强，自觉性提高，善于独立处事，要求不受打扰地独处，完成与自己的能力相称的一切事情的需要

资料来源：李仲生，《人口经济学》，2013年。

人类的需求层次和等级的多元化决定着服务种类的多元化，养老服务业围绕的主体是老年人，照护服务满足人类最基本的生理需求和机能运转（即较低层次需求）。为了更好的生活，老年人追求健康水平和生活质量的提高，更需要精神养护。一旦由于身体状况停止工作或参与社会活动时，心里容易产生强烈的空虚感，孤独感、不幸福感增加，这时候就需要更高层次精神慰藉服务（即情感需求、尊重需求）。随着人口老龄化程度逐渐加深，老年人口规模逐渐扩大，医养结合照护服务、老年人精神及心理慰藉服务、老年人再就业服务等需求逐渐扩大，这些与马斯洛的需求层次理论十分吻合。

第3章 中国人口老龄化的现状、趋势及影响分析

2000年中国进入老龄化社会,人口老龄化加速发展成为影响中国未来经济社会发展的重大问题,本章分析中国人口老龄化的现状和趋势,探讨人口老龄化对经济社会的影响。

3.1 人口老龄化的现状及趋势

3.1.1 人口发展历史过程

中国人口发展主要分为五个阶段。第一阶段是新中国成立初期至1970年,是人口无控制、高速增长时期。新中国成立后,社会安定,经济发展,中国人口开始出现持续、高速增长。1949至1957年,是中国人口的第一个高速增长阶段。1949年,中国人口出生率为36‰,死亡率为20‰,自然增长率为16‰;到1957年,死亡率下降到了10.8‰,而自然增长率上升为23.2‰;总人口数由5.42亿人上涨至6.47亿人。1959年至1961年,中国由于三年自然灾害,死亡率骤增,人口进入低增长阶段。接着,1962年至1970年,自然灾害过后,死亡率逐渐回升,中国人口出现二次高速增长阶段。

第二阶段是1971年至1980年,是人口有控制增长阶段。人口快速增长,政府和人民逐渐意识到社会、环境等方面的压力越来越大,开始有意识的通过计划控制人口增长。中国总人口从1971年的8.52亿人增长到1980年的9.76亿人,在这阶段,人口出生率和自然增长率迅速下降,人口基数庞大,全国总人口净增1.35亿人。

第三阶段是1981年至1990年,是人口高增长阶段。此时,开始施行严格计划生育,并且将政策推到了中国战略发展高度。经过政府、人民共同努力,计划生育取得巨大成就,中国的生育率开始持续下滑,到1990年,总人口增至11.43亿人,净增1.43亿人。

第四阶段是1991年至2014年,是人口平稳增长阶段。计划生育政策不断完善,出生率得到有效控制,中国人口进入平稳增长阶段。随着大量劳动人口步入老年,中国在2000年进入老龄化社会。受到计划生育政策影响,80年代至90年代出生的人口多是独生子女。

第五阶段是2015年以来，普遍放开二孩阶段。2015年10月，中共十八届五中全会提出普遍二孩政策，这是积极应对中国人口老龄化的一项重要举措。放开二孩政策标志着中国人口发展战略目标已经由人口总量控制，转向促进人口均衡发展，国家制定相关配套措施，鼓励适龄人群按国家政策生育，适当提高出生水平。从二孩政策实施几年来的效果看，2016年出生人口1826万人，2017年出生人口1723万，二孩比重已经超过出生人口的50%，生育水平低已经成为人口发展的新问题。

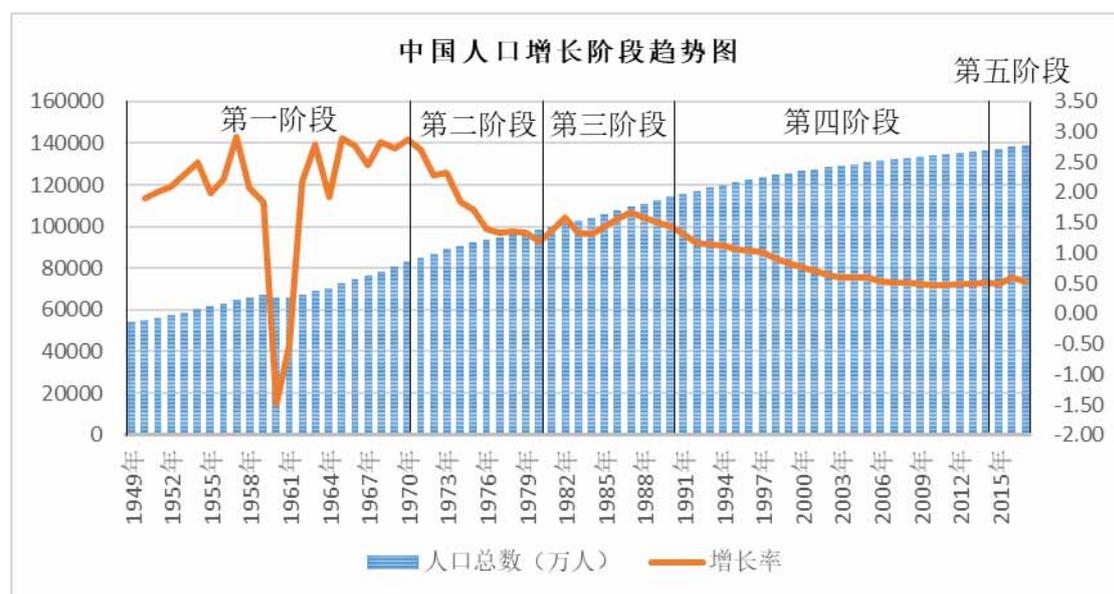


图 3.1 中国人口增长阶段趋势图

数据来源：中国历年统计年鉴。

3.1.2 人口老龄化的现状

中国2017年末总人口数为13.9亿人，其中男性人口为7.1亿人，占 51.17%，女性人口为6.7亿人，占总人口的48.83%。2017年中国0-14岁人口为2.33亿人，占总人口的比重为16.78%；15-64岁劳动人口为9.98亿人，占总人口的71.82%；65岁及以上老年人口为1.5亿人，占总人口的11.40%。2017年，65岁及以上老年人占总人口比重较2000年上升了4.44个百分点(如表3.1-3.2所示)。

表 3.1 2000-2017 年中国人口年龄结构、抚养比、出生率、死亡率情况

(单位: %、‰)

年份	0-14 岁	15-64 岁	65 岁及以上	总抚养比	少儿抚养比	老年抚养比	出生率	死亡率
2000	22.89	70.10	6.96	42.56	32.64	9.92	14.03	6.45
2001	22.50	70.40	7.10	42.05	31.96	10.09	13.38	6.43
2002	22.40	70.30	7.30	42.25	31.86	10.38	12.86	6.41
2003	22.10	70.40	7.50	42.05	31.39	10.65	12.41	6.40
2004	21.50	70.90	7.60	41.01	30.32	10.69	12.29	6.42
2005	20.30	72.00	7.70	38.81	28.14	10.67	12.40	6.51
2006	19.80	72.30	7.90	38.27	27.31	10.96	12.09	6.81
2007	19.40	72.50	8.10	37.87	26.78	11.10	12.10	6.93
2008	19.00	72.70	8.30	37.36	26.03	11.33	12.14	7.06
2009	18.50	73.00	8.50	36.89	25.30	11.60	11.95	7.08
2010	16.60	74.50	8.90	34.20	22.30	11.90	11.90	7.11
2011	16.50	74.40	9.10	34.35	22.10	12.25	11.93	7.14
2012	16.50	74.10	9.40	34.86	22.20	12.66	12.10	7.15
2013	16.40	73.90	9.70	35.28	22.20	13.08	12.08	7.16
2014	16.50	73.40	10.10	36.20	22.45	13.69	12.37	7.16
2015	16.52	73.01	10.47	36.97	22.63	14.33	12.07	7.11
2016	16.70	72.50	10.80	37.91	22.95	14.96	12.95	7.09
2017	16.78	71.82	11.40	39.20	23.40	15.90	12.40	7.11

数据来源: Wind 数据。

注: 总抚养比中以 15-64 岁人口总数为 100。

2000年中国总抚养比为32.64%，老年抚养比为9.92%。2017年总抚养比为39.20%，其中少年儿童抚养比为23.40%，老年抚养权比持续上升到15.90%。总抚养比从高到低再次升高的过程，这一时期是我国人口红利期2010年，我国总抚养比降至最低的34.2%，人口红利也达到顶点。此后，随着老年抚养比的上升，总抚养比上升至2017年的39.2%。静观目前我国人口结构仍处于人口红利期，但是由于劳动力成本上升和劳动力结构性不足，人口红利正在逐渐消失。随着人口老龄化的快速发展，总抚养比特别是老年抚养比将快速升高，人口红利将逐渐转变为人口负债 (如表3.2所示)。

表 3.2 2000-2017 年中国分年龄结构人口数（单位：万人）

年份	总人口(年末)	0-14 岁	15-64 岁	65 岁及以上
2000	126743	29012	88910	8821
2001	127627	28716	89849	9062
2002	128453	28774	90302	9377
2003	129227	28559	90976	9692
2004	129988	27947	92184	9857
2005	130756	26504	94197	10055
2006	131448	25961	95068	10419
2007	132129	25660	95833	10636
2008	132802	25166	96680	10956
2009	133450	24659	97484	11307
2010	134091	22259	99938	11894
2011	134735	22164	100283	12288
2012	135404	22287	100403	12714
2013	136072	22329	100582	13161
2014	136782	22558	100469	13755
2015	137462	22715	100361	14386
2016	138271	23008	100260	15003
2017	139008	23348	99835	15831

数据来源：Wind 数据。

3.1.3 人口老龄化的趋势

发达国家也同样面临着人口老龄化的问题，但同发达国家相比，中国的老龄化问题更加严峻。2000年中国进入人口老龄化社会，相对发达国家进入较晚，但是中国老龄化的发展速度却远超发达国家。从20世纪50年代到80年代，60岁及以上老年人占总人口比重不高，1982年中国60岁及以上人口比重为4.9%。但是，随着改革开放以来社会经济发展和科学技术进步，以及中国实施人口计划生育政策，2000年中国60岁及以上老年人占总人口比重达到10.1%，65岁及以上老年人8821万人，占总人口比重达到7.0%，中国开始进入老龄化社会。2017年，65岁及以上老年人口增长到1.58亿人，占总人口的比重达11.39%。

近年来，中国总人口增长率明显减缓，2017年人口总数达到13.9亿，比2016年增长了737万人。根据2018年中国卫计委人口中长期预测，预计到2029年，中

国总人口将达到14.44亿人；随后，总人口将开始逐渐降低；预计到2050年，总人口为14.04亿人；预计到2100年，总人口降到11亿人。预计到2029年，65岁及以上人口为2.5亿人，总抚养比为51%，年龄中位数为41.83，自然增长率为0.11%。预计到2030年自然增长率变为负增长，中国人口结构类型转变为负增长期。预计到2050年，中国60岁及以上老年人口将达到5.15亿人（36.7%），65岁及以上老年人口将达到3.95亿人（28.1%）。

表 3.3 2017 年-2100 年总人口、年龄结构人口、总抚养比、年龄中位数及自然增长率变动趋势预测（单位：万人、%、岁、‰）

年份	总人口	0-14岁人口	15-64岁人口	65岁及以上人口	60岁及以上	总抚养比	年龄中位数	自然增长率
2017	139583	23870	99736	15977	24150	0.4	37.36	6.38
2018	140451	24392	99307	16751	24930	0.41	37.64	6.2
2019	141271	24759	98868	17643	25324	0.43	37.91	5.83
2020	142118	25136	98491	18490	25815	0.44	38.19	5.99
2021	142759	25371	98151	19237	26014	0.45	38.56	4.51
2022	143292	25493	97709	20090	27025	0.47	38.97	3.75
2023	143726	25468	97501	20756	28657	0.47	39.31	3.04
2024	144003	25295	97650	21058	29918	0.47	39.68	1.95
2025	144196	25110	97635	21451	31207	0.48	40.07	1.36
2026	144330	24737	98025	21568	32470	0.47	40.46	0.95
2027	144418	24212	97749	22457	33457	0.48	40.88	0.63
2028	144466	23845	96687	23934	34947	0.49	41.35	0.36
2029	144477	23451	95972	25054	36211	0.51	41.83	0.11
2030	144455	23076	95183	26196	37673	0.52	42.36	-0.12
2035	143989	20082	92033	31874	42742	0.56	44.89	-0.84
2040	143176	19038	87983	36155	45156	0.63	46.95	-1.15
2045	142154	19645	84613	37897	47324	0.68	47.88	-1.61
2050	140431	20164	80798	39469	51469	0.74	47.68	-2.88
2055	137709	19814	74856	43039	52434	0.84	47.41	-4.27
2060	134234	18576	72009	43649	50717	0.86	47.71	-5.14
2065	130497	17344	71347	41806	48544	0.83	48.3	-5.28
2070	126936	16773	70464	39699	46903	0.8	49.29	-4.8
2075	123677	16775	68643	38260	46221	0.8	49.58	-4.38
2080	120624	16843	65926	37855	46691	0.83	48.95	-4.35
2085	117583	16544	62474	38565	45839	0.88	48.47	-4.3
2090	114642	15871	60697	38075	44165	0.89	48.52	-3.82
2095	112141	15129	60015	36997	43020	0.87	49.12	-2.95
2100	110081	14614	59161	36306	42627	0.86	49.82	-2.65

数据来源：2018 年中国卫计委人口中长期预测。

注：2030年后中国总和生育率将可能保持在1.8左右，生育水平长期趋势是趋向1.4和1.6，

文本采用生育率为 1.8 的方案。

3.2 人口老龄化的特点

中国人口老龄化有老龄化规模大、老龄化速度快、地区之间老龄化发展不平衡、城乡老龄化存在差异、人口老龄化与经济发展不匹配等特点。这里从以下四个方面对老龄化的特点进行总结和论述。^[1]

3.2.1 老龄人口规模大

首先，中国的老年人口基数庞大，增长速度又快。2017年末总人口数为13.9亿人，中国65岁及以上老年人口为1.5亿人。不仅老龄化程度逐年加剧，中国高龄化老年人的规模也大。根据Wind数据，2016年全国80岁及以上老年人占总人口比重的1.99%，男性老年人比重0.85%，女性老年人比重1.14%，未来中国高龄老年人口的数量会逐渐递增。根据2018年中国卫计委人口中长期预测，预计到2050年，中国60岁及以上老年人口将达到最高的5.24亿人，总抚养比将超过80%，年龄中位数超过47岁。

表 3.4 2016 年 80 岁以上高龄老年人分年龄结构占人口比重(单位：%)

年龄结构	总人口	男性	女性
80-84 岁	1.24	0.56	0.68
85-89 岁	0.55	0.23	0.33
90-94 岁	0.16	0.05	0.11
95 岁以上	0.04	0.01	0.02
总计	1.99	0.85	1.14

数据来源：Wind 数据。

3.2.2 老龄化速度加快

对比中国的老龄化历年速度的平均数据，也可以看到涨速明显加剧。如表3.5所示，1964年(第二次全国人口普查)中国65岁及以上老年人口占总比重，较1982年(第三次全国人口普查)中国65岁及以上老年人口占总人口比重，以年均0.075个百分点增加；对比第四次、第五次全国人口普查数据，比重也在递增。从2000到2017年，仅17年时间，65岁及以上老年人口占总人口比重就由6.96%上升至

^[1] 刘禹君. 中国老龄产业市场化发展研究[D]. 吉林大学, 2017.

11.4%，老龄化速度加快（如表3.1、3.5所示）。

表 3.5 中国历年人口普查年份及 2017 年 65 岁及以上老年人口占总人口比重
(单位：%)

年份	全国	老化速度
1953	4.41	-
1964	3.56	-0.085
1982	4.91	0.075
1990	5.57	0.0825
2000	6.96	0.139
2010	8.92	0.196
2017	11.4	-

数据来源：Wind数据。

再对比世界其他国家老年人口从7%到14%的增长情况，法国是历史最长的国家，在1864年开始进入人口老龄化，在1979年完成，历时115年；荷兰、意大利均超过了60年，其中，荷兰历时65年（1940-2005年），意大利历时61年（1927-1988年）；英国历时47年（1929-1976年）；德国历时40年（1932-1972年）。日本仅（1970-1994年）用了24年，是发达国家中速度最快的国家。日本仅（1970-1994年）用了24年，根据2018年中国卫计委人口中长期预测（如表3.6），中国的速度非常快，且快于日本，预计用22年将完成老年人口占比从7%到14%的增长。经历的时间越长，人口老龄化发展的速度越缓慢，给这个国家或者地区予以应对的时间也就越充足。老龄化发展快速必将带来一系列问题，中国面临的问题比发达国家需要应对的难度更大。

从未来老龄化发展的速度来看，2020-2035年中国人口老龄化进入加速发展阶段。预计2020年60岁及以上老年人口的比重将达到18.45%，此后，以每5年将近4个百分点的速度快速增长，到2035年，60岁及以上老年人口的比重将上升到30.62%。2035-2050年，我国人口老龄化增幅逐渐放缓，到2055年达到顶点后开始缓慢下降，到2100年仍然维持在30%以上。

表 3.6 2017 年-2100 年人口年龄结构变动趋势预测 (单位: %)

年份	0-14 岁人口	15-64 岁人口	65 岁及以上人口	60 岁及以上
2017	17.10	71.45	11.45	17.30
2018	17.47	71.15	12.00	17.86
2019	17.74	70.83	12.64	18.14
2020	18.01	70.56	13.25	18.49
2021	18.18	70.32	13.78	18.64
2022	18.26	70.00	14.39	19.36
2023	18.25	69.85	14.87	20.53
2024	18.12	69.96	15.09	21.43
2025	17.99	69.95	15.37	22.36
2026	17.72	70.23	15.45	23.26
2027	17.35	70.03	16.09	23.97
2028	17.08	69.27	17.15	25.04
2029	16.80	68.76	17.95	25.94
2030	16.53	68.19	18.77	26.99
2035	14.39	65.93	22.84	30.62
2040	13.64	63.03	25.90	32.35
2045	14.07	60.62	27.15	33.90
2050	14.45	57.89	28.28	36.87
2055	14.20	53.63	30.83	37.56
2060	13.31	51.59	31.27	36.33
2065	12.43	51.11	29.95	34.78
2070	12.02	50.48	28.44	33.60
2075	12.02	49.18	27.41	33.11
2080	12.07	47.23	27.12	33.45
2085	11.85	44.76	27.63	32.84
2090	11.37	43.48	27.28	31.64
2095	10.84	43.00	26.51	30.82
2100	10.47	42.38	26.01	30.54

数据来源: 2018年中国卫计委人口中长期预测。

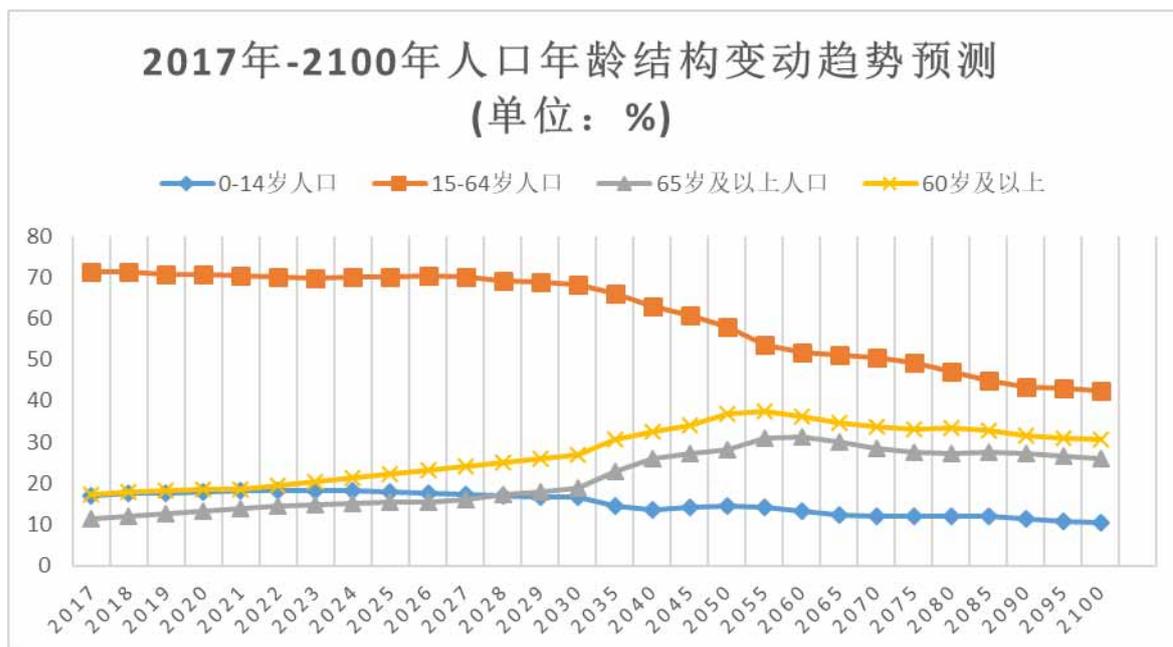


图 3.2 2017 年-2100 年人口年龄结构变动趋势预测图

数据来源：2018 年中国卫计委人口中长期预测。

3.2.3 老龄化程度存在地区差异

中国老龄化程度各地区不同，且存在明显差异。从2016年中国人分地区老龄化总体数据上看（如表3.7所示），目前在31个省、自治区、直辖市中，有14个省65岁及以上人口占总人口比重高于全国平均水平（10.85%）。同时，有部分省份老龄化程度低，低于8%的省份有西藏、青海、宁夏、新疆、广东。

在人口数量上，各省份也存在差异。山东省65岁及以上人口数量最大，达到了9725.46万，由于山东省是人口大省，总体人数相对较多，65岁及以上人口比重并不是很突出。65岁及以上人口数量由高到底排序下来，接着是四川省9513.21万和江苏省9048.2万。

表 3.7 2016 年中国分地区人口老龄化状况（单位：万人、%）

地区	数量（万人）		占总人口比例（%）	
	总人口	65 岁及以上	65 岁及以上	总抚养比
合计	1158019	125642	10.85	37.91
北京	18132	2128.81	11.74	29.23
天津	13046	1482.31	11.36	28.63
河北	62750	6844.89	10.91	41.58
山西	30910	2688.21	8.70	31.67
内蒙古	21136	1994.8	9.44	28.6
辽宁	36668	4849.08	13.22	31.34
吉林	22945	2490.24	10.85	30.72
黑龙江	31874	3805.25	11.94	28.19
上海	20188	2617.34	12.96	29.26
江苏	66998	9048.2	13.51	37.43
浙江	46831	5448.59	11.63	32.59
安徽	52056	5969	11.47	40.85
福建	32474	3230.92	9.95	39.36
江西	38576	3701.76	9.60	44.55
山东	83464	9725.46	11.65	40.04
河南	80140	8074.77	10.08	44.64
湖北	49384	5716.39	11.58	37.09
湖南	57310	6814.27	11.89	43.04
广东	92107	7085.91	7.69	32.33
广西	40677	3942.77	9.69	45.03
海南	7698	634.9	8.25	38.88
重庆	25560	3570.05	13.97	41.68
四川	69457	9513.21	13.70	42.16
贵州	29915	2878.8	9.62	46.83
云南	40141	3362.36	8.38	38.71
西藏	2789	138.73	4.97	40.88
陕西	32014	3439.12	10.74	34.37
甘肃	21960	2186.25	9.96	36.83
青海	4987	360.19	7.22	36.87
宁夏	5666	441.07	7.78	36.85
新疆	20165	1458.43	7.23	42.35

数据来源：Wind数据。

从65岁及以上人口占总人口比重和抚养比来看,重庆地区65岁及以上人口占总人口比重是最高的,是13.97%,然后是四川省13.70%和江苏省13.51%,另外,辽宁省65岁及以上人口占总人口比重也达到了13.22%。总的来说,目前重庆地区人口老龄化严重。东北三省人口基数虽然不大,但是65及以上老年人比重较高,其中辽宁省高达13.22%,吉林省和黑龙江省也分别达到了10.85%和11.94%,东北三省的老龄化问题也较严重。

3.2.4 人口老龄化超前于经济发展

中国人口老龄化的另一个特点是人口老龄化超前于经济发展。人口老龄化是经济发展到一定程度才出现的,伴随着国家城市化、工业化发展出现。发达国家在进入老龄化社会时,经济水平用人均GDP表示,一般是超过一万美元,而中国只有一千美元。中国是在政策控制下,人为的影响下改变人口结构造型的,所以出现了“未富先老”现象。发达国家人均收入高,在探索养老问题时,存在更多的方式和选择来满足老年人多元化养老需求,政府补贴金额和风险都相对较低。而中国经济发展水平远不及发达国家,人均收入少于发达国家十倍甚至更多。当前,中国人口老龄化快速发展,老年人口规模迅速扩大,养老保障体系面临巨大挑战,应对人口老龄化的经济基础、政策制度、设施条件等方面尚不完备。^[1]

联合国用来反映社会发展水平的综合指标是人类发展指数(HDI),在2014年,中国人类发展指数为0.719,而2010年中国年龄中位数就达到了34.5岁,在2015年就超过了35岁。^[2]日本,在1967年HDI达到0.8,年龄中位数为28岁。对比美国,中国的年龄中位数相当于美国1920年左右的水平,经济水平落后的相当大。在当今世界经济格局中,中国处于中游水平,全球的年龄中位是29.1,老龄化程度超前于经济发展水平。^[3]

[1] 杨雪,侯力.中国人口老龄化对经济社会的宏观和微观影响[J].人口学刊,2011,04:46-50.

[2] 数据来源:联合国《2014年人类发展报告》。

[3] 彭伟霞.上海市静安区老年人健康期望寿命及其对策研究[D].上海:复旦大学,2013,20-29.

3.3 老年人健康现状

3.3.1 老年人身体健康状况

在以“健康中国”为背景的养老服务体系下，老年健康体系建设与养老服务发展体系建设的相互融合可以有效缓解医疗与养老双重资源紧缺的态势。老年人是慢性病^[1]的主要患病人群，患病率高、复发率高、患病周期长的慢性病特性以及日益增加的老年慢性病患者对公共医疗卫生资源形成巨大压力。2014年《中国健康与养老追踪调查CHARLS》数据表明（如表3.8所示），60岁及以上老年人患慢性病比例高达98.5%，较2011年相同指标增长了8.5个百分点，而未患病人群仅占总体的1.5%。《中国老龄事业发展报告(2013)》显示，2012年我国慢性病患者人数为0.97亿，2013年便快速突破1亿人，其中2012年全国居民慢性病死亡率为533/10万，死亡人数占总死亡人数的86.6%，并且上升趋势依然明显。对于慢性病的定义随着时间变化逐渐发展，不同的调查在分析老年人是否患有慢性疾病这一选项时存在差异。但是，从老年慢性病患者趋势和绝对人数分析，慢性病俨然成为困扰老年人健康的普遍问题，严重影响老年人的养老生活。

表 3.8 2013 年 60 岁及以上老年人慢性疾病情况

	数量	占比
有慢性疾病	15,397	98.5
无慢性疾病	234	1.5
总数	15,631	100

数据来源：2014 年 CHARLS 中国健康与养老追踪调查。

除慢性病老年人外，失独老人与贫困老人亦是政策关注重点，据中国致公党2012年发布的调查显示，我国至少有100万个失独家庭，并且每年仍以约7.6万的数量在增长，失独家庭老人会日益增多；据《中国老龄事业发展报告2013》显示，2012年我国大约有2300万贫困老年人口，而针对失独老人与贫困老人的养老需求在传统养老体系下并不能被充分解决，这两类老年人的养老照料与医疗康复服务的规模也无法满足日益庞大的群体。因此，亟待开发出一种针对家庭照料资源匮

[1] 慢性病全称是慢性非传染性疾病，它不是特指某种疾病，而是对一类起病隐匿、病因复杂、病程长且有些尚未完全被认识的疾病的概括性总称，主要以心脑血管疾病(高血压、冠心病、脑卒中等)、糖尿病、恶性肿瘤、慢性阻塞性肺部疾病(慢性气管炎、肺气肿等)、精神异常等为代表。

乏、但又需要日常特殊关照的老年人（慢性病老人、失独老人）的养老模式^[1]。

2014年中国健康与养老追踪调查CHARLS数据显示，60岁及以上老年人对自身健康状况、疾病史、生活方式、健康行为、身体功能障碍、认知和抑郁、医疗保健与医疗保险等方面进行综合性的评价。49.31%的老年人认为自身健康状况一般，25.87%的老年人认为自身健康状况不好，只有1.32%的老年人认为自身的健康状况极好。

表 3.9 老年人自评健康感知状况

	数量	占比 (%)
极好	120	1.32
很好	878	9.63
好	1,266	13.88
一般	4,498	49.31
不好	2,360	25.87
总计	9,122	100.00

数据来源：2014年中国健康与养老追踪调查。

表 3.10 老年人完成日常活动的困难程度(单位：人、%)

	完成 100 米 走的困难程 度		完成弯腰、下蹲 等动作的困难程 度		洗澡的 困难程度		如厕的 困难程度	
	人数	占比	人数	占比	人数	占比	人数	占比
完成没有任何困难	1,890	60.8	12,213	67.1	11,438	90.4	10,528	83.1
有一点困难,但可以完成	576	21.8	3,972	21.8	488	3.8	1,620	12.8
有困难,需要帮助完成	93	2.3	422	2.3	440	3.5	258	2.0
不能完成	550	17.7	583	8.7	288	2.3	267	2.1
总计	3,109	100	18,190	100	12,654	100	12,673	100

数据来源：2014年中国健康与养老追踪调查。

老年人在日常活动上是否存在困难能够反映其健康状况，表3.10显示了老年人完成100米步走的困难程度，完成弯腰、下蹲等动作的困难程度以及完成洗澡以及如厕的困难程度。老年人的步行能力在一定程度上能够衡量老年基本身体状况，只有60.79%的老年人步行一百米没有问题，值得注意的是有17.69%的老年人根本不能完成一百米的步行。另外，在完成弯腰、下跪、下蹲等基本动作方面，

^[1] 黄清峰. 中国养老服务产业发展研究[D].武汉大学,2014.

仅有67.14%的老年人能独立完成，仍有32.86%的老年人存在困难。在老年人日常洗澡方面，大部分老年人能完成，但仍有9.61%的老年人在存在一定的障碍，2.28%的老年人不能自己洗澡。老年人在如厕困难程度方面，有2.11%的老年人不能独立完成。

3.3.2 老年人心理健康状况

除了生理健康层面，老年人在精神和心理方面的需求也呈上升趋势。根据2014年中国健康与养老追踪调查数据，如表3.11所示，57.53%的老年人很少或者根本没有感觉情绪低落，而仍有42.47%的老年人有情绪低落的状况。另据相关调查显示，老年人自评心理健康过程中，对心理状态不太满意的占11.30%、极其满意的占3.34%、一点不满意的占2.84%。老年人感觉情绪低落，其原因不仅是老年人的精神需求得不到满足，也有一部分原因在于针对老年人心理健康的专业技术人员缺失严重，专业服务发展明显不足。多家养老机构的负责人也表示，养老医疗费用较高、养老机构与三甲综合医院路程较远、养老机构患者和床位入住等诸多方面都对老年人的精神和心理造成了压力。

表 3.11 老年人感到情绪低落状况

	份数	占比
很少或者根本没有	9,395	57.53
不太多（1-2 天）	3,166	19.39
有时候或者说有一半的时间（3-4 天）	2,267	13.88
大多数时间（5-7 天）	1,504	9.21
总计	16,332	100.00

数据来源：2014 年中国健康与养老追踪调查。

通过对老年人生活满意程度的分析能够了解老年人养老需求的满足程度、社会参与度以及心理状态。如表3.12所示，对生活比较满意的老年人占比最大，达到了61.17%，而不太满意以及一点不满意的总和仅占14.14%。值得高兴的是，80%以上老年人对生活都比较满意。

表 3.12 老年人生活满意程度

	份数	占比
极其满意	549	3.34
非常满意	3,516	21.36
比较满意	10,069	61.17
不太满意	1,860	11.30
一点也不满意	467	2.84
总计	16,332	100.00

数据来源：2014 年中国健康与养老追踪调查。

3.3.3 老年人养老经济来源状况

除健康状况外，经济状况是老年人决定养老方式的重要考量因素。经济决定了老年人对医养结合的接纳程度。表3.13归纳了老年人的分健康状态的养老经济来源情况，经济供养的来源分别是家庭、社会和自我，医养结合资源的获得与经济状况显著相关。生活自理能力、慢病程度、家庭照料资源可获得性亦与经济密切相关，同时养老经济来源情况也是影响老年人健康状态的主要影响因素之一。^[1]

表 3.13 城乡老年人分自理情况的养老经济来源情况（单位：%）

		总体	完全自理	基本自理	不能自理
全国	家庭供养	41.48	35.70	69.90	71.85
	社会供养	28.53	29.51	23.00	26.76
	自我供养	29.99	34.79	7.10	1.39
城镇	家庭供养	31.95	29.20	52.03	50.37
	社会供养	54.24	55.46	44.67	48.74
	自我供养	13.81	15.34	3.30	0.89
乡村	家庭供养	48.62	41.05	77.71	83.74
	社会供养	9.25	8.13	13.53	14.59
	自我供养	42.13	50.83	8.75	1.67

数据来源：全国第六次人口普查，本表在计算时剔除了“主要生活来源为其他”的样本。

上表3.13指明了城镇自理老人与乡村自理老人经济供养的主要来源。随着老年人自理能力的逐渐丧失，对经济供养的依靠逐步加剧。无论是全国层面还是城

^[1] 张宗光,孙梦露,高上雅,杜秀芳.对医疗卫生和养老服务实行一体化资源配置模式的思考[J].中国卫生经济,2014,33(09):8-10.

镇和乡村层面，基本自理和不能自理老人对家庭供养的依赖占比都最多，但对于完全自理老人来说，情况则不然，城镇自理老人对社会供养的经济来源上最高，占到55.46%，其次是家庭供养，自我供养的比例最少15.34%；而乡村完全自理老人则是在自我供养的占比最大，达到50.83%，家庭供养次之为41.05%，也占到了很大比例，这与城镇完全自理老人有较大区别。在自我供养来源上，乡村老年人的从完全自理到不能自理下降将近五十个百分点，不能自理的乡村老年人对家庭供养的依赖达到了83.74%，这也意味着乡村老年人一旦家庭经济状况不好或者家庭照料存在障碍的情况下对长期照护和医疗比例上的需求也会更大。

综上所述，目前我国老年人健康状况一般，医疗保障方面也存在诸多问题，老年人在基本生活照料和心理状况上还亟待改善。同时，在“健康中国”的大背景下，应转变老年人对待疾病的理念，应树立预防为主，治疗为辅，防治结合的意识，增强老年人每年健康体检的意识以及加大老年人心理健康教育的力度。总而言之，在医养结合养老服务业发展上我国还有很长的路要走。

3.4 人口老龄化的影响

可见，老龄化程度日趋严重，我国整体人口结构也面临着巨大转变，伴随着劳动力短缺、家庭照料资源难以获取、需求模式多样、互联网+时代的来临，对于我国财政社会保障的需求逐步递增。上节已经提到，我国面对老龄化，经济、政策、设施等准备尚不完善。人口老龄化加剧，医疗健康照护资源短缺，养老保障和社会支持面临双重压力。根据发达国家经验，养老服务与老年人的经济收入密切相关，我国人均收入水平与发达国家相差悬殊，人口总量规模又如此巨大，中国未来养老问题不容乐观。

3.4.1 对劳动力市场的影响

人是一切社会活动的根本，经济发展需要人力资源的推动，劳动力也是衡量国家竞争实力的指标之一。发达国家老龄化历史经验表明，老龄化对社会的最直接影响就是导致劳动力不足，劳动力的抚养系数上升。根据Wind数据和2017年全国统计年鉴，2013年劳动人口数量达到顶点最高值为10.05亿人，比重73.9%，随后劳动力人口数量开始下降，至2016年，劳动力人口下降到10.02亿人，比重

也下降到了72.5%。与此同时，65岁及以上老年人口数量和比重都逐年上升。（如表3.2所示）

在劳动力总数上，我国人口自然增长率已经逐渐降低，但由于我国总人口规模庞大，在人口惯性作用下，我国总人口仍然处在增长状态。研究卫计委2018年中长期预测，预计到2050年，我国劳动力规模约为8亿。在劳动力不断减少，老年人口不断加剧的影响下，我国劳动力资源短缺的趋势进一步加剧。

在劳动力的质量上，存在的挑战则更明显。劳动力资源不仅包括数量，同时还包括劳动力资源实际参与程度、劳动力素质以及劳动生产水平，也称为劳动力的有效供给。从这部分来看，由于人口年龄结构改变，随着劳动人口占总人口比重逐渐降低，总抚养比升高，非劳动人口占总人口比重持续增加。另外，我国人口受教育程度逐渐提升，越来越多的人没有直接选择就业，而是选择继续接受教育，例如越来越多的年轻人选择攻读研究生。虽然这部分人群的最终目的是参与工作，但是随着接受教育时间延长，社会参与劳动时间就相对缩短，劳动参与率降低。

在劳动素质上，给劳动力市场带来的影响是劳动力有效供给不足，在农村有很多年轻人很早放弃读书去城市打工，教育程度往往偏低。从1990年开始，我国劳动力受教育平均水平已经在逐步提高，但是与发达国家相比还是存在很大差距。由于我国劳动力素质参差不齐，劳动力市场往往出现结构性失调现象。在我国沿海发达地区，企业对于劳动者需求明显，人力市场上，求职就业人群需求明显。但由于两者在供给和需求上存在结构性差异，这就造成了劳动力结构性短缺。

在劳动生产力上，人口老龄化使劳动生产率总体上倾向于降低趋势。劳动生产率在人的一生中逐渐变化，在职业生涯初期，由于工作熟悉度和劳动技术能力掌握程度较低，处于劳动生产率较低阶段。随着工作时间和技术经验的积累，劳动生产率逐渐上升。到了职业生涯末期，由于年龄增长，劳动力体力和精力逐渐不足，工作热情也逐步减退，劳动参与率开始逐步下降。

总的来说，老龄化程度加剧，在我国总人口数量上，劳动力供给规模呈下降趋势；在劳动力质量方面，劳动力有效供给程度逐渐降低，劳动力有效供给逐渐出现短缺。考虑到劳动人口短缺现象长期会越来越严重，我们需要提早制定应对措施。

3.4.2 对经济发展的影响

在通常情况下，经济技术的发展到一定时期，国家开始进入老龄化社会。发达国家一般在经济水平较好的情况系步入老龄化社会，属于“富老同步”。受到政策影响，中国人口结构转变存在有控制增长时期，在经济程度尚不发达的时候提前进入老龄化社会，属于“未富先老”。发达国家进入老龄化社会时，人均国内生产总值与我国人均国内生产总值相差悬殊，倍数相差到5至10倍。我国人均生产总值仅仅达到约一千美元，所以在经济程度上，我国人口老龄化的经济基础条件很薄弱。在对经济的影响上，除了地区经济水平与老龄化程度不匹配，总的储蓄水平还存在一定程度的降低。

（一）各地区经济水平与人口老龄化程度差不匹配

不仅经济水平同发达国家有差距，我国各个省份地区之间也存在人口老龄化和经济发展不同步的现象。2016年，我国人均生产总值最高的三个地区分别为广东省80854.91亿元、江苏省77388.28亿元以及山东68024.28亿元；最低的地区是西藏1151.41亿元。在老龄化程度上，广东省65岁及以上老年人占总人口比重仅排在所有地区中的末四位；山东省65岁及以上老年人口占总人口比重为11.65%，排在了所有地区的第九位，江苏省经济和人口老龄化发展趋势相对匹配。但是，如表3.14所示，我国多个省份之间这种人口老龄化与经济发展不匹配的现象都十分明显。

表 3.14 各地区人均生产总值与 65 岁及以上老年人占比（单位：亿元 %）

序号	地区	地区生产总值	序号	地区	65 岁及以上人口占比
1	广东	80854.91	1	重庆	13.97
2	江苏	77388.28	2	四川	13.70
3	山东	68024.49	3	江苏	13.51
4	浙江	47251.36	4	辽宁	13.22
5	河南	40471.79	5	上海	12.96
6	四川	32934.54	6	黑龙江	11.94
7	湖北	32665.38	7	湖南	11.89
8	河北	32070.45	8	北京	11.74
9	湖南	31551.37	9	山东	11.65

续表 3.14 各地区人均生产总值与 65 岁及以上老年人占比（单位：亿元 %）

10	福建	28810.58	10	浙江	11.63
11	上海	28178.65	11	湖北	11.58
12	北京	25669.13	12	安徽	11.47
13	安徽	24407.62	13	天津	11.36
14	辽宁	22246.9	14	河北	10.91
15	陕西	19399.59	15	吉林	10.85
16	江西	18499	16	陕西	10.74
17	广西	18317.64	17	河南	10.08
18	内蒙古	18128.1	18	甘肃	9.96
19	天津	17885.39	19	福建	9.95
20	重庆	17740.59	20	广西	9.69
21	黑龙江	15386.09	21	贵州	9.62
22	云南	14788.42	22	江西	9.60
23	吉林	14776.8	23	内蒙古	9.44
24	山西	13050.41	24	山西	8.70
25	贵州	11776.73	25	云南	8.38
26	新疆	9649.7	26	海南	8.25
27	甘肃	7200.37	27	宁夏	7.78
28	海南	4053.2	28	广东	7.69
29	宁夏	3168.59	29	新疆	7.23
30	青海	2572.49	30	青海	7.22
31	西藏	1151.41	31	西藏	4.97

数据来源：Wind 数据。

（二）对储蓄水平和消费结构的影响

储蓄是投资形成的主要来源，投资对于拉动国民经济起到至关重要的作用。储蓄水平提高是投资来源的重要支持和保障，储蓄水平增长，有利于拉动我国经济增长。储蓄习惯与年龄结构有关，不同年龄结构的人对储蓄的倾向不同，中年人是储蓄倾向最高的人群。一般情况下，受到财富积累和收入影响，青年人和老

年人的储蓄倾向都低于中年人。^[1]收入水平变化,储蓄水平随之变化,最后作用于经济增长变化。根据预测,我国人口老龄化发展将会导致我国储蓄水平保持下降趋势,在2050年和2100年时,储蓄水平将进一步下降到20%和12%。

由人口老龄化所引起的社会总储蓄水平下降的原因主要有微观和宏观两个方面。在微观上,目前,我国“低出生、低死亡、低自然增长率”的人口结构类型必然是0-14岁人口比重降低,同时少年儿童抚养比也随之降低;老年人口增加,老年人比重持续升高,老年人口抚养比增加,^[2]但老年人口比重的增加速度超过了少年儿童比重的降低速度,我国总社会抚养比呈上升趋势。

老年和少年儿童都属于低收入或者无收入人群,一般情况下处于负储蓄状态,即消费多于储蓄。劳动人口储蓄倾向和储蓄水平较强,劳动人口(储蓄人口)年龄结构改变,出生率降低,非劳动人口(负储蓄人口)比重增加,社会总储蓄水平降低。另外,老年人健康程度远不及中年人,医疗保险和养老保险的支出比例加大,这也拉低了储蓄水平,使得本来比重就低的劳动人口储蓄水平降得更低。另一方面,虽然由于经济条件改善,在未来人均收入水平有所上升,但随着经济水平提高,老年人对于医疗保健和养老服务的需求也相应增加,对于这些方面的需求消费升高,储蓄水平也得不到显著升高。在国家和企业层面,人口规模大,老龄化速度快,未来将投入更多资金在社会养老保障、社会福利以及老年人居住环境改善等领域,这些也削弱了储蓄水平。从城乡角度来看,更多农村劳动力选择迁徙到城市生活,城镇和乡村消费观念之间存在差距,这也必然将带动一小部分消费。所以,种种因素加在一起,总的储蓄水平还会有一定程度的降低。

3.4.3 对养老保障的影响

人口老龄化对养老保险制度的影响有诸多方面。第一,我国人口规模大,老年人口占总人口比重增加,养老金支付总量增大。即使是未来人均养老金支付标准有所降低,基数庞大,覆盖全部老年人口的养老保险体系压力也是非常巨大的。

第二,我国现行社会保险养老金的主要资金来源是劳动人口缴纳养老保险金

^[1] 付波航,方齐云,宋德勇.城镇化、人口年龄结构与居民消费——基于省际动态面板的实证研究[J].中国人口·资源与环境,2013,23(11):108-114.

^[2] 辜胜阻,方浪,曹冬梅.发展养老服务业应对人口老龄化的战略思考[J].经济纵横,2015(09):1-7.

的方式，用来支付已退休人员的养老费用。老年人口数量增加导致劳动人口缴纳的养老保险金费用增加，同时在政策上，历年也是通过提高支付金额来完成“代际赡养”，缴费标准逐年递增，对于劳动人口也带来了部分压力。劳动年龄人口是养老保险金缴纳的供给者，老年人口抚养比升高，劳动人口比重降低，参保人员的负担系数在不断提高，参保人员数量减少，养老保险基金总体水平降低。

第三，如果不提高养老金的缴费标准，养老金缴费标准保持不变或者降低，这与经济发展的实际情况是相违背的。随着物价上升，生活水平提高，养老支付费用以及养老需求也有所上升，如果不提高养老金缴费标准，那么必将导致老年人生活水平下降，这样不利于通过社会养老保险改善民生。同时，如果养老金缴费金额上涨过快，高于老年人的生活水平，在人口老龄化速度快、规模大、地区发展不平衡的条件下，对于整个养老保险制度的冲击将更大。

总的来说，无论从养老保险制度的支付和缴纳哪个方面来看，人口老龄化给我国养老保险支付带来的挑战都是巨大的，所以很难维持原有养老保险制度。

3.4.4 对家庭照顾的影响

传统的三世同堂家庭结构逐渐趋于小型化，中国家庭养老功能弱化，老年服务业发展还处于探索阶段。我国长期实行计划生育政策，导致家庭结构发生转变，家庭人口规模不断缩小，“4-2-1”家庭结构更加普遍，家庭的养老功能、照顾功能日趋弱化。现阶段，年轻劳动力就业压力大，在就业时往往选择发达地区，发达地区就业机会相对更多、范围更广，这些情况引致老年人与子女不生活在同一城市，家庭成员很多选择留在原来的居住地的生活，老年人的家庭照顾受到影响。

与此同时，我国老年人健康情况整体情况一般，空巢老人、孤寡老人、半自理及不自理老人数量逐年增加，老年人的自身健康状况依靠家庭或者社会进行照顾，由于家庭结构小型化，子女与老年人不居住在一起，老年人的养老服务需求难以满足。并且，越来越多的乡镇老年人对家庭照料需求明显，乡镇老年人的子女多在外地工作，老年人随着年纪增大，罹患慢性病的人群也越来越多，对于家庭照顾的需求更加显著。^[1]2015年，我国老年人口养老床位数明显不足，平均每

^[1] 赵青.我国社区居家养老模式的现状及问题浅析[J].今日南国（中旬版）,2010,07:4-6.

千名老人占有床位仅27.2张，与发达国家存在明显差距。^[1]由前文数据分析可知，我国城乡老年人总数差距明显加大，中国农村大部分地区尚未建立良好的老年人养老机制和配套设施，同时又有大量农村人口转向城市生活，无论是城市或者农村，老年人长期照护及家庭照护的问题都十分急迫。

3.4.5 对健康医疗资源的影响

老龄化加剧后，老年人面临的挑战中最核心的就是我国老年人的健康医疗得不到有效解决，健康医疗资源不能满足我国过大的老年人口数量，财政上对于老年人社会保障的资金存在短缺，老年人医疗卫生消费支出也逐步加剧。2011年至2016年间，中国基本医疗保险支出逐年上升。2016年，城镇职工和居民医疗保险分别达到了8286.68亿元、2480.41亿元，比2015年分别增长了755.17亿元、699.80亿元，并且医疗保险支出占比达到了24.43%。并且，随着老年人医疗保健意识的增加，对于医疗保险的支出比例将更大。

表 3.15 我国社会保险基金收入状况及城镇医疗保险支出（亿元，%）

	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016
社会保险基金收入	25153.30	30738.76	35252.95	39827.74	46012.12	53562.72
城镇基本医疗保险收入（职工）	4945.00	6061.92	7061.63	8037.92	9083.53	10273.71
城镇基本医疗保险收入（居民）	594.18	876.76	1186.64	1649.32	2109.39	2810.55
城镇基本医疗保险支出（职工）	4018.27	4868.49	5829.92	6696.60	7531.51	8286.68
城镇基本医疗保险支出（居民）	413.10	675.13	971.11	1436.99	1780.61	2480.41
医疗保险支出在社会 保险基金收入中的 百分比	22.02	22.57	23.40	24.32	24.33	24.43

数据来源：Wind 数据。

另一层面，虽然我国已经进入人口老龄化社会，养老服务业需求增加也带来了一定的机遇。老年人的需求是多元化的、多种类形式的、多种维度的，包括的需求有很多，日常照料需求、医疗保健需求、精神慰藉需求、心理健康需求、社

^[1] 数据来源：2015年中国民政统计年鉴。

会参与度需求、老年再就业需求、长期照护需求等。在经济角度上，这种需求方式将带来新的经济增长点，同时，也将与新技术融合出现更多的新兴业态，也有与更多传统服务业融合发展。虽然对于经济发展、养老保障、家庭照顾、医疗保健方面都存在巨大挑战，但是，即是挑战也是机遇。养老需求扩大，且需求仍保持明显增长的趋势，应对的解决方式是大力发展我国养老服务业，满足我国老年人多重需求。特别是在需要重点探究老年人日常照料资源获得和长期照护资源可获得性方面，居家养老、社区养老、机构养老的养老模式方面，新兴养老模式方面，老年人身体层面、心理健康层面、社会参与层面等。

综上，本章分析了中国人口老龄化的现状和趋势。近年来，中国总人口数增长率明显减缓，但老年人口规模快速增长，老年人口比重迅速提高。2017年，全国总人口数为13.9亿人，65岁及以上老年人口为1.58亿人，占总人口的11.40%，较2000年上升了4.44个百分点。根据2018年中国卫计委人口中长期预测，预计到2029年，中国总人口将达到14.44亿人；随后，总人口将开始逐渐降低；预计到2050年，总人口为14.04亿人；预计到2100年，总人口降到11亿人。预计到2029年，65岁及以上人口为2.5亿人，总抚养比为0.51%，年龄中位数为41.83，自然增长率为0.11%。预计到2030年自然增长率变为负增长，中国人口结构类型转变为负增长期。

中国人口老龄化现状严峻，中国人口老龄化特点有老龄化规模大、老龄化速度快、地区之间老龄化发展不平衡、城乡老龄化存在差异。无论从经济发展、养老保障、家庭照顾还是医疗保健哪个角度，中国面临老龄化的准备还不充足。中国在养老保障的支付和供给方面存在压力，对于劳动人口的“代际支付”方面也存在压力。2020年以后，中国将迎来人口老龄化的高速阶段，医疗保险支出比例一定会攀升的更高，如何应对中国人口老龄化带来的经济影响，社会影响，是需要多方探讨的，在经济发展的今天，老龄化是挑战也是机遇，如何将挑战转为动力才是问题的关键。

第4章 我国养老服务需求及影响因素分析

本章主要分析我国养老服务业的整体需求以及特点,为我国搭建养老服务业体系提供理论支撑。首先,通过CHARLS数据重点分析了老年人的养老服务需求方式及影响因素。探究了自然状况、经济收入、相关政策、社会习惯以及生理心理对于养老服务需求的影响及影响因素之间的关系。目前,我国的高龄、生活半自理和不能自理老人快速增加,对日常照料需求、医疗保健需求明显增加。根据2015年中国人口抽样调查数据,近一半的城市老年人对居家养老服务有不同程度的需求,生活满足感和满意度的比率只有15.9%,供需矛盾突出。通过第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查数据分析我国老年人养老服务需求内容,并运用二元Logit回归分析,分别对日常照护需求、医疗保健需求、精神慰藉需求以及社会参与需求做了回归分析。通过四个二元Logit回归分析得到医疗保险、健康状况、婚姻状况、家庭年收入状况等一系列影响因素与养老服务需求选择上的关系,得出结论。

4.1 养老服务需求影响因素分析

养老服务产业作为第三产业发展迅速,极具经济价值,与养老服务相关联产业的需求显著上升。养老服务业是复杂的综合性产业,中国传统观念、养老机构床位现状等对于我国老年人养老模式选择存在影响。研究表明,对于经济能力强,受教育程度高的、半自理以及不能自理老年人在养老模式上往往选择机构养老;经济能力强、受教育程度高、健康程度良好的这部分老年更倾向于选择候鸟式养老、互联网养老、社会参与养老等。老年人养老服务需求种类繁多,日常照料需求、医疗保健需求、精神慰藉需求、以及社会参与需求是老年人养老服务最主要的四种需求。受到老年身体状况、经济状况、教育水平、家庭观念以及社会理念等因素影响,需求程度不同。特别是经济状况和身体状况,对老年人养老服务需求影响相当大。通过现有研究,经济状况越好,各种需求越明显;身体状况越差,对于医疗保健、日常照料、精神慰藉需求越明显,社会参与需求越不明显。本节对自然状况因素、经济收入因素、相关政策因素、社会习惯因素以及生理、心理

因素进行探讨，理论分析这些影响因素与养老需求之间的相互关系。

4.1.1 自然状况因素

自然状况包括老年人自身的健康状况、婚姻状况、家庭结构、以及受教育程度等，这些都影响老年人的养老方式选择。从性别上看，女性老年人平均寿命一般都高于男性老年人，且女性老年人罹患慢病的比例也略高于男性老年人，女性老年人养老服务需求要高于同龄男性老年人。^[1]从经济来源看，如表 4.1 所示，依靠养老金生活的男性老年人占比最多，为 58.35%，依靠劳动收入和家庭成员供养的比例接近，分别为 17.66%和 18.89%。女性老年人与男性老年人状况略有不同，依靠养老金与家庭成员供养比例接近，分别为 42.46%和 42.97%，而依靠劳动收入的仅占 8.55%。这表明男性老年人主要依靠养老金生活，而女性老年人则主要依靠养老金和家庭成员供养生活，女性老年人依赖家庭成员供养生活的比例明显高于男性老年人。由于年代不同，社会分工不同，加之女性平均寿命高于男性，因此，越年长的女性在年轻时有工作的可能性越低，依赖家庭成员供养的可能性也越高。

表 4.1 2015 年老年人口主要生活来源占比（单位：%）

常住人口	60 岁及以上人口	劳动收入	离退休金 养老金	最低生活 保障金	财产性 收入	家庭其他 成员供养	其他
占比	100%	23.5	30.2	5.0	0.5	36.7	4.1

数据来源：2015 年全国 1%人口抽样调查

从健康程度上看，健康程度直接影响老年人养老服务需求，老年人健康状况越好^[2]，对于日常照料、医疗保健需要越低，但是对于社会参与需求越高，对于精神慰藉需求的影响，要依据具体情况分析，将在实证分析部分探讨。老年人身体健康程度直接影响需求，健康程度越差，老年人医疗保健需求越明显。

从婚姻状况上看，独自居住的老年人养老服务需求高于与配偶居住的老年人。对于丧偶、离婚以及分居的老年人来说，生活照料资源可获得性偏低，整体上对养老服务的需求程度较高。相反，已婚、再婚或同居老人照料资源可获得性

^[1] 通过 2014 年 CHARLS 数据及相关研究分析。

^[2] 老年人的健康状况既包括了身体状况，也包括心理状况，精神状态。

比其他婚姻状况的老年人要高，可以通过配偶满足日常照护需求，所以老年人对于养老服务的需求程度较低。

从年龄结构上看，随着年龄增长，老年人体力和健康程度逐渐下降，对养老服务需求也就越来越多，特别是对于日常照料、医疗保健需求增加。年龄增长，健康状况恶化，养老服务需求增加。根据相关研究，高龄老年人养老服务需求更加明显。

从教育程度上看，受教育程度低的老年人，对于新的养老观念和养老模式接受较慢，对于有偿养老服务形式认可度不高。相反的，受教育程度越高，收入状况一般越高，经济能力也越强，对于新理念的接受程度越高，更容易接受智慧养老、旅游养老等这种新兴养老服务模式。对于养老服务需求也比较明显，对于精神养老需求及需求种类的多元化越强烈，同时对于养老服务人员的态度和服务质量要求也相对越高。

自然状况的相关因素比较多，老年人的年龄、婚姻状况、收入水平、健康程度、受教育水平、子女数量等与养老服务需求关系密切。按照理论分析，老年人年龄与日常需求、医疗需求应该呈正相关，随着老年人年龄不断增加，老年人身体状况每况愈下，对照料和医疗需求也就越来越明显。在性别上，女性老年人的养老服务需求要高于同龄男性老年人。社会参与需求与老年年龄呈负相关，与身体状况呈正相关。随着年龄增长，生理状况不断下降，对于社会参与需求程度也就逐步降低。老年人有配偶或者子女数量较多，照护资源的获得性相对容易，对于日常照料的需求就较低。相反，单身、独居或者丧偶老年人相对于有配偶老年人照护资源可获得性低，对于日常照料需求明显。同时，教育程度主要影响老年人的养老模式选择，老年人的社会参与需求与教育程度呈正相关，受教育程度越高，更渴望参与社会活动。^[1]

4.1.2 经济收入因素

经济基础决定上层建筑，老年人的经济状况直接影响者老年人养老服务的选择及质量，理论上收入水平对老年人养老服务需求起决定性作用。老年人所在地区的区域经济发展水平与自身经济收入水平相关。经济因素最直接影响老年人服

^[1] 安洋.影响社区养老需求的因素分析——基于山东省社区养老需求现状的 Logistic 回归模型[J].科技视界,2014(23):157-158.

务需求,无论是日常照料、医疗保健还是社会参与、精神慰藉,经济因素都是各项需求的基础。没有经济基础支撑,各项服务需求都无法满足。

老年人主要经济来源有劳动收入(工作收入、劳动所得、农副业收入)、离退休金及养老金、政府补贴(政府救助、集体救助、企业补贴和其他补贴)、财产性收入以及私人转移性收入(家庭其他成员供养)以及其他六个方面内容。^[1]从收入结构上看,60岁及以上城市老年人中,以私人转移性收入和退休金收入为主要来源的占比最大,其中转移性收入即是来家庭中子女供养的经济收入部分,比重为36.7%、30.2%,如表4.1所示。

家庭其他成员供养占老年人生活来源比重最大,分析其原因一方面是,老年人往往由于收入水平较低,在年轻时的劳动所得几乎全部用于日常生活和子女供养上,由于没有积蓄,往往要依靠由子女供养。另一方面是,虽然我国一直在大力发展实现养老保障全覆盖,但在现实中仍然有一部分人由于种种原因没有被纳入社会保障体系中,这些老年人的收入来源也主要依靠家庭成员供养。失独家庭、独居老年人比例不断攀升,老年人主要经济来源于家庭供养的比例有所下降。对于这些低退休金或者没有退休金的老年人来说,往往没有经济能力消费养老服务,更不用说去养老机构养老。离退休工资性收入是城市老年人的主要收入,退休金收入大体上决定了老年人的生活水平和养老服务选择标准。

目前,我国60岁及以上老年人经济来源人仍以家庭成员供养为主,在所有经济来源比重中占36.7%,退休养老金和劳动收入在老年人经济来源中占比也较高。60岁及以上老年人以劳动收入为经济来源的占总经济来源比重23.5%,说明有约四分之一的老年人对于就业和再就业存在需求。这部分人群中一部分有养老保障,而对于没有养老保障的部分老年人来说,再就业收入能很大程度的改善了生活水平。经济来源中家庭供养、政府补贴等经济收入方式,是由我国经济水平、人口结构等客观条件决定的,通过增加劳动收入来提高老年人的经济收入更具现实意义。所以,子女经济水平、老年人退休金及劳动收入影响养老服务需求,与各项养老服务需求呈正相关。

[1] 吉鹏.社会养老服务供给主体间关系解析——基于委托代理理论的视角[J].社会科学战线,2013(06):184-189

4.1.3 相关政策因素

我国养老服务业发展策略是以政府为主导，尤其是我们国家，政府投入具有优势。纵观我国老龄化现状，政府需要加大对养老服务业的资金投入，养老服务业属于福利性事业，需要政府承担，完全依靠社会力量发展进度会相对缓慢。

老年人是社会福利的主要人群，我国社会救助对象主要是城市“三无”老人以及农村“五保”老人，救助政策由当地政府制定，依据我国财政政策和各省份的具体财政水平，为老年人提供的不同社会福利，如表 4.1 所示，政府补贴，最低生活保障、社会福利以及社会救助等在总收入上占比仍相对较少，只占了 5%，政策的倾斜力度还需在可承受的范围内逐步加大。

目前，政府已经重视并逐步着手解决弱势老年群体的照料和医疗问题。但是，老龄化加剧，养老服务需求逐年增加，逐年增大财政支出的投入比例也是不现实的。因此，政策上应大力引入社会资本和民营资本参与养老服务业。^[1]一方面，政府应通过用地优惠、税费减免、财政补贴等政策，吸引社会力量投资养老服务产业；另一方面，应给予个人或者企业优惠政策，更大程度的将民营资本引入到养老服务业中去。这样不但可以提高我国现阶段养老服务的供给能力，还可以通过市场化竞争方式，优化养老服务市场结构，提高养老服务供给主体的服务水平和服务质量。^[2]

综上，政府掌握我国整个养老服务业发展的大方向，相关政策具有奠基性作用，对养老服务需求影响巨大。增加资金投放政策、补贴政策能加快养老服务业的发展，增加供给企业的数量和质量，能满足更多老年人养老服务的需求。政府的养老服务补贴、扶持政策出台的越多，养老服务供给方和获得服务的老年人数量越多。对于空巢老人，社区服务能力越好，设施越完善、服务质量越好，这部分老年人则更愿意选择社区居家养老相结合的方式，对于社区、居家养老服务需求越多。通过政府支持，提供养老服务的供给主体越多，优质养老服务资源也就越多，可以满足的养老服务需求人群也就越多。

^[1] 陈蓉,胡琪.上海市人口老龄化态势及社区居家养老服务体系构建[J].劳动保障世界(理论版),2012(10):26-31.

^[2] 山西省人民政府.山西省人民政府关于支持社会力量发展养老服务业的若干政策措施:晋政发[2015]39号 [A/OL].(2015-10-11)[2018-5-2].http://www.shanxigov.cn/sxszfzfw/bmfw/sbly/shfl/201607/t20160708_171066.shtml.

4.1.4 社会习惯因素

由于东西方文化和理念的差异,我国日常照料现状是主要由年轻人负责老年人的照料工作,“养儿防老”观念促使子女肩负起日常照料老年人的全部义务和责任。我国老年人也往往选择享受“天伦之乐”的养老方式,与子女居住在一起养老。但是随着劳动力市场的竞争加剧,为了支撑家庭开支,夫妻双方均参与其中,两人都需有相应的工作。在这种环境下,老年人所需的日常照料便成为了年轻人的负担,尤其是当面临职业升迁、婚丧嫁娶等社会关系变动时,年轻人更无暇照顾老年人。特别是在北上广深这样的超一线城市,巨大工作压力使老年人日常照料功能更加弱化。

事实上,现在很多年轻人在居住地点上,更愿意与老年人分开居住,在家庭照料资源无法满足时,希望老年人在养老机构中获得优质服务。但由于受到社会舆论和风俗习惯影响,老年人不愿意选择养老机构。在这种社会习惯影响下,老年人一般采用居家养老的养老模式,或者选择社区养老模式,除非在老年人自身状况不允许居家养老时,才会不得不选择养老机构进行养老。

社会习惯和道德舆论导致老年人在养老方式上更愿意选择社区居家养老模式,老年人对于居家养老服务需求较多,如日常照料和精神慰藉服务等,对于社区服务的完备、社区服务人员的态度以及服务质量也比较关注。

4.1.5 生理心理因素

生理因素的变化必将是老年人逐渐经历的过程,大部分老年人的这个生理变化过程都是不可逆的,所以老年人日常照护、医疗保健、精神慰藉以及心理健康养老服务需求都会相应增加。心理因素积极,老年人对于精神慰藉的需求就会减少。相反,如果心理情况一旦恶化,不良心态促进器官衰退和疾病进展,进一步加剧生理情况恶化,对于精神慰藉、心理健康等需求都会相应增加。

生理因素涉及的种类很多,对老年人影响包括皮肤的衰老、听觉和视觉的下降、牙齿和胃肠功能的衰退、肌肉和骨骼的退化、以及对温度的敏感等等。在听觉上和视觉上,对于助音设备需求增加;读书读报时,对于放大镜或者大号字体书报的需求增加。由于老年人嗅觉下降,对烟火煤气的气味不敏感,对于安全设施的需求增加。老年人随温度的变化上对气温反映明显,对于保暖设备的需求增

加，对居住环境的养老服务需求改变；罹患呼吸系统疾病、风湿痛、关节炎等疾病的几率增加，对于医疗保健的需求增加。

另外，由于牙齿脱落和胃肠消化功能减退，老年人在饮食习惯上一般选择清淡、容易咀嚼的食物，对于老年食品存在需求。如果食物咀嚼不充分也容易引起消化不良，导致老年人罹患慢性胃炎、慢性肠炎等疾病的概率增加。同时，老年人的活动能力受肌肉和骨骼直接影响，所以，患有关节炎或者腿脚不好的老年人存在易摔倒的风险，行走不便的老年人对于轮椅或者病床等无障碍设备的需求增加。

心理因素对老年人的需求存在影响，老年人心理变化往往决定着老年人需求选择，变化包括认知层面变化和情感层面变化。认知层面变化有老年人的智力、记忆力、学习能力和创造性思维能力。老年人对于自身记忆力情况的下降存在诸多抱怨，部分老年人在老年痴呆初期出现记忆力下降的情况，情绪变化明显。老年人智力与年龄之间的关系比较微妙，智力分为液体智力和晶体智力，前者随着年龄增长在反应速度、思维敏捷度上下降较多；但后者与人的经验、领悟能力以及知识储备相关，会随着年龄的增长而逐渐增加。因此，并不是所有老年人都会出现智力下降的情况，这也要看老年人的心态是否良好。

老年情感层面变化包括情绪变化和性格变化。老年人对于情感的控制力较弱，加之自身健康状况以及子女长时间不在身边，精神上缺少依靠，社会参与度又较低，老年人往往易受负面情绪困扰。老年人主要出现的负面情绪有抑郁、孤独、失落等，这些情绪容易导致老年人性格变的孤僻与沉闷。

在生理心理因素上，生理因素的不可逆变化使老年人的日常照料、医疗保健、精神慰藉等养老服务需求增加。心理因素与老年人婚姻状况和交际状况都相关，伴侣缺失和社会参与程度降低会导致老年人孤独。孤独是老年人精神慰藉需求的直接体现，老年人负面情绪越多，对于精神慰藉需求越多，老年人心态越积极，对于精神慰藉的需求就会越少。

将日常照料需求、医疗保健需求、精神慰藉需求、社会参与需求这四种需求深化到我国养老服务领域十分重要，日常照护需求是居家养老、社区养老的核心服务，社区+居家养老服务模式能满足老年人多元化的养老需求。在健康老龄化背景下，我国老年人越来越关注自身医疗保健及健康状况，医养结合养老服务模

式能够切实满足我国老年人的医疗保健需求。同时,通过老年再就业、老年协会、老年大学等能够实现老年人的社会参与需求。另外,精神慰藉需求在这三种养老服务模式下都能够很好的深化,将日常照料、医疗保健、社会参与这三种需求,拓展到社区居家融合、医养结合、老年社会参与与再就业三个重点领域。

4.2 养老服务需求现状分析

养老服务业是集生产、经营、服务于一体的综合性产业,是社会经济发展各链条中的重要组成部分,在经济建设、社会发展和扩大就业方面发挥着重要作用。目前我国已经发展出多种养老模式,新兴养老模式也层出不穷,老年人养老需求也越来越多样化,我国“9073”的养老结构反映出我国大部分老年人对于居家养老和社区养老的需求。发展我国的养老服务业是十分有必要的,具有以下几个意义。

第一,老年人的总体数量呈逐渐上升趋势,总体数量增大在一定程度上就增加了对养老服务的需求。我国2017年末总人口数为13.9亿,其中男性人口为7.1亿,占总人口的51.17%,女性人口为6.7亿,占总人口的48.83%。2017年中国65岁及以上老年人口为1.5亿,占总人口的11.40%。2017年,65岁及以上老年人占总人口的比重较2000年上升了4.44%,比前一年增长了0.6%。2017年总抚养比为39.20%,其中少年儿童抚养比为23.40%,老年抚养比为15.90%;老年抚养权比增速明显,上涨了几乎一个百分点(如表3.1-表3.2所示)。老年人口数量和比例增加,在一定程度上使得对养老服务的整体需求明显增加。

第二,我国老年人口健康状况一般,高龄老人、失能老人、半自理老人快速增加,由此对医疗保健、心理健康的需求必然呈现上升趋势。根据全国老龄办2016年的数据,到2020年我国失能老人、高龄老人总数将分别达到4200万和2900万,并且将以每年100万人以上的速度快速增长。家庭养老功能日益弱化,城市家庭空巢化也越来越普遍,我国目前失能、高龄、空巢以及独居老人增多,老年人对养老服务的需求更加多样化,对日常照料、医疗保健和精神慰藉的需求更为精细化。另外,根据全国老龄委的报告,我国城市老年人空巢家庭比例较高,且呈上升趋势,目前已有近一半(49.7%)的家庭都为老年空巢家庭;在大中型城市中,老年空巢家庭比例已经超过一半(56.1%),老年空巢家庭面临的养老

问题是严峻的,发展养老服务业能够缓解家庭功能弱化所带来的问题,如日常生活照料无法满足、社会参与无法实现等。

第三,养老产业作为第三产业发展迅速,极具经济价值。养老服务产业是极具开发潜力的朝阳产业,还可以带动相关产业的发展。与养老服务业相关的产业包括衣食住行中的所有方面,老年保险、老年餐饮、老年旅游、老年文化等产业的发展都呈现出上升趋势。我国老年人口规模大、增长速度快,在经济发展较好的情况下,老年人必然在相关方面具有大量的刚性需求。^[1]根据全国老龄办相关数据,上升速度最快的是与家政服务和护理服务相关的产业,到2020年市场规模预计可以超过5000亿元。养老服务产业的市场潜力巨大,既有利于中国的经济发展,又有助于应对国际金融危机,产业前景十分广阔。

第四,养老服务业属于第三产业,是现代服务业的重要组成部分,涉及领域广、行业多,包括家政、医疗保健、房地产、金融、旅游等诸多方面,对养老相关人员有很大需求。按照1个养老服务业从业人员与10个有需求老年人进行比对,养老服务业的就业人员将大幅上升,就业岗位将以每年至少30万个的速度增加,发展养老服务业能够带动我国无业人员就业,对社会稳定发展也存在一定的意义。

我国的老龄化速度在加快,养老服务需求越来越大,养老服务的需求种类也越来越多元化,从整体上看,我国老年人的养老需求主要在四个方面,分别是日常照料需求、医疗保健需求、精神慰藉需求、社会参与需求,接下来将对四种需求逐一论述。

4.2.1 样本情况

本文通过整理2014年中国健康与养老追踪CHARLS调查数据中的18605份调查问卷,对45岁以上中老年人基本信息、家庭、健康状况和功能、医疗保健和保险、工作情况、退休和养老金、住房、收入、支出、资产等进行了调查法分析。并根据Wind数据、2015年1%人口抽样数据、2017年统计年鉴数据以及2018年中国卫计委人口中长期预测数据对我国养老需求的现状和趋势进行了分析。

^[1] 王琼.城市社区居家养老服务需求及其影响因素——基于全国性的城市老年人口调查数据[J].人口研究,2016,40(01):98-112.

随着人口老龄化进程加速，退休年龄也在逐步延迟，所以在 2014 年中国健康与养老追踪调查数据的 18605 份问卷中，选取年龄范围为四十五岁及以上老年人，从年龄上也能更好的探求未来老年人需求。^[1]在年龄结构上，按年龄划分，其中 40 岁到 50 岁（不包括 50 岁）的比重为 10.15%；50 岁到 60 岁（不包括 60 岁）的比重为 27.55%，60 岁及以上人口的比重为 62.3%。在这些年龄结构中，60 岁及以上人口仍为大多数，能够反映出现在以及未来老年人的需求情况。在性别比例上，男性为 8861 人，占比 47.66%，女性为 9733，占比 52.34%。

4.2.2 日常照料需求

日常照料在所有需求中最为基础的，也是家庭照料的核心。日常照料是指老年人在生活中必需的但自己又不能胜任的，需要他人代劳的服务需求，例如打扫卫生、做饭、洗衣物、购物、聊天、修理家电、医疗保健等。老年人的日常照料被西方学者肯尼分为两类，日常生活活动（activities of daily living）和工具性日常生活活动（instrumental activities of daily living），具体内容在日常生活活动量表和工具性生活量表中体现，简称 ADL 量表和 IADL 量表，两个量表对每一项活动都有具体的评分标准。

老年人的日常照料需求程度主要取决于家庭状况和自理能力。孤寡、空巢老人对日常照料的需求明显，这部分老人一般通过社区或养老机构来满足日常照料需求。在日常照料需求得到满足的情况下，老年人更愿意选择社区居家养老模式。自理老人中家庭状况尚可的，在日常照料需求中，更倾向于助衣、助洁服务。半自理和不能自理老人对日常照料需求中的助餐、助浴、助洁服务有需求，但这部分老人最大的需求是医疗保健（吃药打针，康复护理）需求。随着生活质量提高，医疗技术水平进步，人口寿命增加，更多高龄老人和慢性病老人对日常照料的需求加大。

在城市，由于老年人的子女外出打工从而导致空巢老人现象严重，孤寡、空巢老人对日常照料服务的需求比较明显。中国老龄科学研究中心的调查显示，空巢老人的日常照料需求较多，80 岁以上、半自理以及失能老年人的日常照料需求也较明显。其中城市老年人需要日常照料的比重为 9.9%，79 岁以下的老

^[1] 张乐川. 我国延长法定退休年龄政策可行性研究[D].华东政法大学,2011.9-12.

年人的比重为 6.7%，但 80 岁以上老年人需要日常照料的达到了 33.1%。这也在一定程度上反映出老年人寿命与老年人日常照料需求成正比。在性别差异上，无论是 60 岁及以上老年组还是 80 岁以上老年组，女性老年人有照料需求的比例都高于男性；其中 60 岁及以上的男性老年人为 9.3%，女性老年人为 9.4%；80 岁以上需要照料的老年人中女性的比例高达 35.3%，而男性仅为 29.9%。

婚姻状况、受教育程度对老年人日常照料需求也存在影响，受教育程度高的老年人的日常照料需求低于受教育程度低的老年人；有配偶的老年人需要日常照料的占比为 7.8%，单身的老年人有日常照料需求的比例很高且明显高于有配偶老年人，由于没有配偶，照料资源的可获得性低，分居老年、丧偶老人、离婚老人的照料需求都高于百分之十；未婚老年人由于生活习惯，自身自理能力较强，但对日常照料的需求程度（9.7%）也高于有配偶老人。

在日常照料需求的服务项目上，老年人感到生活服务欠缺的项目中，21.8%的老年人选择了吃饭难，在最需要的服务项目中 40%的老年人选择了饮食供应。可见，由于老年人存在餐饮需求，而目前专门针对老年人提供餐饮的服务项目较少，市场上还存在着很大的发展空间。

4.2.3 医疗保健需求

在养老服务的整体需求上，老年人对医疗保健的需求最明显。目前，我国老年人身体状况水平不佳，越来越多的老年人受到慢性疾病的困扰，在自我健康认知上，为了不增加子女负担，老年人也开始越来越重视这一问题。根据 2013 年 CHARLS 数据（如表 4.2 所示），在 9122 份有效调查问卷中老年人对自我健康状况的感知上，感觉身体状况“一般”的老年人占到接近一半，达到了 49.31%；还有 25.87%的老年人觉得自身健康状况很不好。与 2009 年的老年人健康状况追踪调查数据相比，感觉身体状况“一般”以下的老年人比重明显增加。出现这个结果一方面可能是由于老年人身体素质水平下降，另一方面可能是老年人对于医疗保健意识发生转变。

表 4.2 老年人自我健康状况感知（单位：人、%）

程度	数量	占比（%）
极好	120	1.32
很好	878	9.63
好	1,266	13.88
一般	4,498	49.31
不好	2,360	25.87
总计	9,122	100.00

数据来源：2014年中国健康与养老追踪调查数据。

早在 2009 年，中国老年人半自理、完全不能自理人口数量就开始逐年递增，在国家政策的影响下，中国老年人健康问题在政府会议上被反复提出，老年人也越来越注重健康和养生，74.6%的老年人迫切希望改善医疗保健条件，也有很多老年人渴望改变“看病难”的现实问题。中国在 2000 年初进入老龄化社会，医疗卫生资源的消耗逐渐加大，同时，老年人慢性病发病率升高，60 岁及以上老年人罹患慢性病的比例是总人口中罹患慢性病比例的三倍；对卫生资源的平均消耗约是总人口卫生资源平均消耗的二倍。对比中国与发达国家的公共卫生支出占 GDP 的比重，一些发达国家高达 40%，世界平均水平是 4%，而中国仅为 0.9%，与发达国家卫生支出相差巨大。

目前中国医疗资源分配不均的现象也很严峻，80%的医疗资源集中在大城市的综合三甲医院中，这导致综合三级医院患者壅塞。随着中国分级诊疗政策的实施，医养结合养老模式的推进，老年人的看病地点开始向社区医院、乡镇卫生所转移，“看病难”的问题有所缓解。但社区医院的医疗水平和从业人员的技术水平普遍较低，在疾病筛查和就诊程序上，老年患者往往还需要二次就诊，所以社区医院和卫生所大量闲置，而三甲医院人满为患。对于老年人来说，出行便利与否也会影响到其对医方式的选择，老年人去居住地点附近的社区医院就医会更加便利，因此加快养老服务与社区医院、养老机构、综合医院相融合，深入发展医养结合模式十分重要。

在深入走访中发现，很多老年人并不清楚自己是否患有慢性疾病，对健康管理、疾病预防等内容了解更少。目前，老年人罹患慢性疾病的情况具有以下特点，包括慢性病的种类多、发病率高、治愈周期长、治愈率低、治愈后复发率高等。

2018年,我国慢性病发病人数为3亿,城市和农村老年人因慢性病死亡的比例分别达到85.3%和79.5%,并且具有明显的上升趋势。

老年人保健和体检意识受到教育程度影响,教育程度越高,保健和体检意识越强。中国老年人的就医模式大部分为有病才就医,很少有老年人每年按时进行体检,这也导致小病变大病,错过了很多疾病的最佳治疗时间。尤其是对于经济能力有限的贫困老年人来说,很难做到及时就诊,同时又缺乏保健体检意识,使得老年人的医疗护理容易陷入恶性循环。

在健康老龄化的背景下,老年人保健品需求增加。但目前中国保健品种类繁多,保健品推销手段多样,很多老年人受到虚假或者夸大宣传的影响,对国产品牌的保健品需求减弱。随着互联网时代来临,越来越多经济基础较好的老年人倾向于购买国外品牌的保健产品,日本、澳大利亚以及美国的保健品大量涌入中国市场,各种保健品更成为中国人出国旅游的必购物品。由此可见,中国老年人对保健品有巨大的需求,需要提高国内保健产品的质量检测标准,老年人的保健产品应该朝多元化、精细化方向发展,以满足老年人的医疗和保健需求。另外,从保健角度来看,很多老年人对太极拳和保健操的需求增加。在国家层面上也在大力推动太极拳健身活动,由此既能使老年人增强体魄,又能弘扬民族文化。

4.2.4 精神慰藉需求

目前,中国的经济发展水平已有了较大的提升,但基于中国国情,子女在老年人的养老问题上考虑最多的仍然是物质赡养,却忽视了老年人在精神层面的需求。通过深入走访和调查发现这一问题不仅仅局限于空巢老人和孤寡老人中,很多正常家庭中的老年人也都感到孤独和寂寞。在沟通中发现,老年人很多时候需要的不是子女在物质上的照料,而是精神上的关怀。例如在家务方面,很多健康老年人都能自行完成,他们更多的需求是聊天谈话。对于空巢老人和孤寡老人,也希望社区工作人员和邻里能够经常去家中拜访,即便只是以谈话聊天的形式,也能在很大程度上提升老年人的幸福感,可见,老年人精神层面的需求是十分重要的。随着社会竞争加剧,年轻人生活节奏加快,工作压力变大,老年人的精神照料更容易被忽视。文化精神需求是老年人关注的重要部分,特别是对于文化娱乐设施的配备十分重视。根据调查,63%的老年人都有文化娱乐需求,一半以上

的老年人对这种需求很迫切。在精神娱乐上,老年人多采取打麻将、跳广场舞、演奏乐器、看书画画等方式,特别是近几年,随着国学的推崇,越来越多的老年人采取写毛笔字和画国画的方式进行自我精神娱乐。

根据《中国城乡老年人口状况追踪调查》^[1],中国老年人的心理状况和精神状态是健康积极的,幸福和比较幸福的老年人比重为 56.9%;但城市老年人和农村老年人感觉较不幸福的比重分别为 3.7%和 10.7%,农村老年人的不幸福比例要高于城市老年人,在这点上,城乡老年人存在差异。根据调查数据,2006 年老年人感到越来越跟不上社会发展比例的仍高达 73.6%;在孤独感上城市和农村老年人的比例分别是 18%和 30%;有过自杀念头的城市和农村老年人分别是 2.6%和 4.9%,农村老年人的心理问题情况更为更严重。

中国在法律层面上对老年人精神慰藉的内容也做出了说明^[2],老年人的精神慰藉主要来源于家庭的核心成员,且核心家庭成员对于老年人的影响程度大于家庭其他成员,家庭其他成员又大于外人。^[3]另外,熟人的影响也占一部分,像邻居、社区工作者等。^[4]

老年人的心理健康与精神慰藉相互关联,伴随着生理变化、社会地位改变,老年人的心理也会发生变化。心理问题与老年人的家庭情况、罹患慢性病的情况都有关系,而每个老年人的状态不尽相同。一时的情感落差容易引起老年人的思想产生负面变化,这种变化是一个复杂的过程,不像生理变化那样可以预测。部分老年人可能从未出现过记忆丧失或者完成复杂任务能力下降的情况,身体状态一直良好、能够保持积极的心态、有自己活跃的朋友圈、与家人有相互关爱的生活。但是,对于一些家庭核心成员缺失、记忆功能减退或者社交狭窄的老年人,心理状态伴随着身体的老化过程逐渐改变,老年人的生活态度逐渐趋于消极。老年人的智力因素也是保持老年人积极心态的重要原因之一,年龄增长带来的身体变化、抑郁状况都会导致智力下降,智力下降会在很大程度上降低老年的生活质量,从而更容易导致负面情绪的出现。

^[1] 《中国城乡老年人口状况追踪调查》是由中国老龄科研中心根据全国 20 个省、自治区以及直辖市,按照国家统计局 2005 年全国 1%人口抽样调查数据加权后所得,数据截止到 2006 年 6 月 1 日零时。

^[2] 赵广会.试析我国现行退休制度对基本养老保险制度建设的制约[J].对外经贸,2016(02):120-121.

^[3] 郭志刚,刘鹏.中国老年人生活满意度及其需求满足方式的因子分析——来自核心家人构成的影响[J].中国农业大学学报(社会科学版),2007(03):71-80.

^[4] 曾毅,陈华帅,王正联.21 世纪上半叶老年家庭照料需求成本变动趋势分析[J].经济研究,2012,47(10):134-149.

随着国家经济发展,老年人物质生活和文化生活都得到改善,但是老年人精神慰藉的问题解决缓慢。由于子女工作忙、压力大,家庭核心成员即使与老年人在一起生活,很多时候也无暇顾及到老年人的精神需求。老年人容易产生烦躁、偏执、忧郁等负面情绪,从而引发更为严重的心理问题。

目前,很多省份和城市都开展了关爱老年人活动,包括上门聊天、读书读报、家庭设施护理维修、上网指导、信息传递等。服务人群主要有社区工作人员,家政人员,也有一些面向低保、残障、空巢老人服务的志愿者。特别是缺少家庭成员的空巢老人,由于自身不能应对突发状况,有的志愿者每天对老年人进行上门或者电话巡访,这在很大程度降低了老年人出现意外的概率,同时又与老年人建立了密切联系。这种方式对老年人的精神慰藉方面起到了积极作用,但是这种活动的持续性、跟进性还有待进一步的完善,因为对老年人的精神慰藉是一个持续的过程。

4.2.5 社会参与需求

老年人社会参与包括老年人参与再就业,参与老年协会,参与老年大学,参与老年志愿者活动等。老年人通过参与再就业,能够减少老年人心理上、精神上的孤独感和失落感。从人类学角度出发,人类属于群居动物,生活在社会关系网络中,通过社会关系网络获得社会资源和社会地位,因此,如何利用和发展社会关系网络十分重要。当老年人退休后,原有的社会关系网络逐渐弱化并随着老年人活动能力的减弱最终消失。所以,老年人有必要通过社会参与建立新的社会网络,建立这种网络有利于老年人的身心发展。

从实际角度出发,老龄化所带来的高龄老人数量增加,劳动力供给短缺等问题是对经济发展的重要挑战。世界上多数国家都开始探讨延迟退休的问题,例如日本、美国等国家已经开始实施老年人再就业计划,同时加大对老年人社会参与的建设力度。目前,中国老年人平均寿命延长,健康状况有所改善,社会参与需求明显增加,无论从国家层面、企业层面还是个人层面,加强老年人社会参与和发展老年人再就业都具有重要意义。城市老年人选择再就业,一方面可以增加经济收入使自身养老方式更为多元化,另一方面还可以提高自身社会参与度和满足感。

我国老年人的经济来源占比如表 4.3 所示,目前城镇 60 岁及以上老年人口的主要收入来源是养老金(或离退休金),在所有经济来源中的比重是 50.12%。

可见,我国养老保险制度在解决城镇老年人养老的经济保障方面已经取得了一定成效。同时,在所有经济来源的比重中,排在第二位的是家庭成员供养,比重为31.36%,说明家庭供养这种传统养老方式对于老年人仍然很重要。

表 4.3 分性别城镇 60 岁及以上人口主要生活来源占比(单位: %)

	劳动收入	养老金	最低生活保障金	财产性收入	家庭成员供养	其他
城市	6.61	66.30	2.33	0.68	22.43	1.64
镇	22.27	26.29	4.25	0.50	44.52	2.18
男	17.66	58.35	2.71	0.68	18.89	1.72
女	8.55	42.46	3.48	0.54	42.97	1.99
合计	12.94	50.12	3.11	0.61	31.36	1.86

数据来源:第六次全国人口普查。

另外,以劳动性收入和财产性收入为主要生活来源的60岁及以上老年人口比重分别为12.94%和0.61%,这说明有一部分老年人的经济收入来源依然是工作或者劳动,部分老年人存在再就业需求。在劳动收入和财产性收入的性别占比上,男性的比重多大于女性。但在经济来源是依靠家庭成员供养的比重上,女性老年人为42.97%,明显高于男性老年人的18.89%。这反映出女性老年人的经济来源主要依靠家庭成员供养,男性老年人的就业需求要高于女性老年人。社会分工决定了男性和女性老年人在经济收入结构上存在差异,女性老年人中有一部分需要照料孙子女,所以对于再就业的需求要少于男性老年人。

我国老年人存在再就业需求的原因有两个方面,一方面来自于老年人精神层面的自我价值再创造,另一方面是老年人想要获得更多的经济收入。一部分老年人虽然目前的主要经济来源不是劳动收入,但随着生活成本上涨,老年人需要通过再就业来增加经济收入。也存在部分老年人希望增加经济来源以缓解子女的经济压力,或提高自身的生活品质。^[1]延迟退休政策,对老年人参与再就业也起到了促进作用。

4.3 养老服务需求影响因素实证分析

根据第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查数据分析中国老年人的养老

^[1] 林闽钢,梁誉.准市场视角下社会养老服务多元化筹资研究[J].中国行政管理,2016(07):70-76.

服务需求情况，这次调查的标准时间是 2015 年 8 月 1 日，覆盖 31 个省（自治区、直辖市），对 60 岁及以上老年人进行了抽样调查，样本量为 22.176 万人。

表 4.4 中国 60 岁及以上老年人养老服务项目需求情况（单位：人、%）

养老服务项目	城乡	需要情况	女	男	总计	女	男	总计	
			人数（人）			占比（%）			
助餐服务	总计	不需要	102693	93969	196662	91.4	91.6	91.5	
		需要	9673	8651	18324	8.6	8.4	8.5	
		总计	54204	47691	101895	90.7	91.1	90.9	
	城镇	需要	5573	4674	10247	9.3	8.9	9.1	
		总计	59777	52365	112142	100.0	100.0	100.0	
		不需要	48489	46278	94767	92.2	92.1	92.1	
	农村	需要	4100	3977	8077	7.8	7.9	7.9	
		总计	52589	50255	102844	100.0	100.0	100.0	
		不需要	107040	98151	205191	95.3	95.7	95.5	
	助浴服务	总计	需要	5300	4438	9738	4.7	4.3	4.5
			总计	57042	50198	107240	95.5	95.9	95.7
			不需要	2717	2152	4869	4.5	4.1	4.3
城镇		需要	59759	52350	112109	100.0	100.0	100.0	
		总计	49998	47953	97951	95.1	95.4	95.3	
		不需要	2583	2286	4869	4.9	4.6	4.7	
农村		需要	52581	50239	102820	100.0	100.0	100.0	
		总计	98390	90671	189061	87.6	88.4	88.0	
		需要	13948	11939	25887	12.4	11.6	12.0	
上门做家务服务		总计	不需要	51431	45574	97005	86.1	87.1	86.5
			需要	8328	6778	15106	13.9	12.9	13.5
			总计	59759	52352	112111	100.0	100.0	100.0
	城镇	不需要	46959	45097	92056	89.3	89.7	89.5	
		需要	5620	5161	10781	10.7	10.3	10.5	
		总计	52579	50258	102837	100.0	100.0	100.0	
	上门看病服务	总计	不需要	68317	64687	133004	60.7	63.0	61.8
			需要	44171	38035	82206	39.3	37.0	38.2
			总计	41706	37758	79464	69.7	72.1	70.8
		城镇	需要	18094	14624	32718	30.3	27.9	29.2
			总计	59800	52382	12182	100.0	100.0	100.0
			不需要	26611	26929	53540	50.5	53.5	52.0
农村		需要	26077	23411	49488	49.5	46.5	48.0	
		总计	52688	50340	103028	100.0	100.0	100.0	
		不需要	101372	93445	194817	90.2	91.1	90.6	
日间照料服务		总计	需要	10974	9153	20127	9.8	8.9	9.4
			总计	54170	47944	102114	90.7	91.6	91.1
			不需要	5585	4403	9988	9.3	8.4	8.9
	城镇	需要	59755	52347	112102	100.0	100.0	100.0	
		总计	47202	45501	92703	89.8	90.5	90.1	
		不需要	47202	45501	92703	89.8	90.5	90.1	
	农村	需要	5389	4750	10139	10.2	9.5	9.9	
		总计	52591	50251	102842	100.0	100.0	100.0	
		不需要	52591	50251	102842	100.0	100.0	100.0	

续表 4.4 中国 60 岁及以上老年人养老服务项目需求情况 (单位: 人、%)

养老服务 项目	城乡	需要 情况	女	男	总计	女	男	总计
			人数 (人)			占比 (%)		
康复护理服务	总计	不需要	99180	91251	190431	88.3	88.9	88.6
		需要	13189	11351	24540	11.7	11.1	11.4
		总计	53578	47273	100851	89.7	90.3	90.0
	城镇	需要	6183	5075	11258	10.3	9.7	10.0
		总计	59761	52348	112109	100.0	100.0	100.0
		不需要	45602	43978	89580	86.7	87.5	87.1
	农村	需要	7006	6276	13282	13.3	12.5	12.9
		总计	52608	50254	102862	100.0	100.0	100.0
		不需要	108129	98829	206958	96.3	96.3	96.3
辅助用品租赁服务	总计	需要	4170	3761	7931	3.7	3.7	3.7
		总计	57730	50662	108392	96.6	96.8	96.7
		不需要	57730	50662	108392	96.6	96.8	96.7
	城镇	需要	2005	1683	3688	3.4	3.2	3.3
		总计	59735	52345	112080	100.0	100.0	100.0
		不需要	50399	48167	98566	95.9	95.9	95.9
	农村	需要	2165	2078	4234	4.1	4.1	4.1
		总计	52564	50245	102809	100.0	100.0	100.0
		不需要	100643	91735	192378	89.6	89.4	89.5
健康教育服务	总计	需要	11718	10870	22588	10.4	10.6	10.5
		总计	54201	47574	101775	90.7	90.9	90.8
		不需要	54201	47574	101775	90.7	90.9	90.8
	城镇	需要	5563	4771	10334	9.3	9.1	9.2
		总计	59764	52345	112109	100.0	100.0	100.0
		不需要	46442	44161	90603	88.3	87.9	88.1
	农村	需要	6155	6099	12254	11.7	12.1	11.9
		总计	52597	50260	102857	100.0	100.0	100.0
		不需要	99909	92015	191924	88.9	89.7	89.3
心理咨询 /聊天解闷服务	总计	需要	12445	10597	23042	11.1	10.3	10.7
		总计	53837	47707	101544	90.1	91.1	90.6
		不需要	53837	47707	101544	90.1	91.1	90.6
	城镇	需要	5927	4645	10572	9.9	8.9	9.4
		总计	59764	52352	112116	100.0	100.0	100.0
		不需要	46072	44308	90380	87.6	88.2	87.9
	农村	需要	6518	5952	12470	12.4	11.8	12.1
		总计	52590	50260	102850	100.0	100.0	100.0
		不需要	100773	91907	192680	99.5	99.6	99.5
其他服务	总计	需要	479	402	881	0.5	0.4	0.5
		总计	53514	46904	100418	99.6	99.6	99.6
		不需要	53514	46904	100418	99.6	99.6	99.6
	城镇	需要	237	186	423	0.4	0.4	0.4
		总计	53751	47090	100841	100.0	100.0	100.0
		不需要	47259	45003	92262	99.5	99.5	99.5
	农村	需要	242	216	458	0.5	0.5	0.5
		总计	47501	45219	92720	100.0	100.0	100.0
		不需要	47501	45219	92720	100.0	100.0	100.0

数据来源: 第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查总数据集。

中国老年人养老服务需求项目包括助餐服务、助浴服务、上门做家务服务、上门看病服务、日间照料服务、康复护理服务、辅助用品租赁服务、健康教育服

务、心理咨询/聊天解闷服务、以及其他服务，对于各项服务在性别上、城乡上存在差异（如表 4.4 所示）。

在养老服务项目的整体需要上，对于上门看病的需求占比最高，达到了 38.2%；对于上门做家务、康复护理、心理咨询/聊天解闷以及健康教育服务需求占比均在百分之十以上，占比分别为 12%、11.4%、10.7%、10.5%。在性别差异上，除了健康教育需求女性老年人占比 10.4 略低于男性老年人 10.6%，其他所有养老项目需求女性老年人需求占比都高于男性老年人。

在各项需求的城乡差异上，除了助餐和上门做家务两项服务，农村老年人需求都要大于城市老年人需求。分析其原因主要在于城镇老年人由于家庭结构及自身生活习惯原因，做家务及用餐依靠他人服务较多，而农村老年人由于常年务农更习惯于自我承担家务，所以这两部分需求较少。另外，无论城镇老年人还是农村老年人对于上门看病服务需求都很高，但差别也很明显，农村老年人上门看病需求占比达到了 48%，接近了 50%，也就是说几乎一半的农村老年人都存在上门看病需求，而城镇老年人这项需求少于农村老年人 18.8%，以上是全国养老服务需求的基本情况。

4.3.1 日常照料需求的影响因素分析

由于中国老年人生活状况及养老服务需求调查的全国数据在中国老龄科学研究中心尚未开放，所以选取吉林省的养老服务数据进行分析。吉林省是存在养老服务供需矛盾的典型省份，养老服务需求明显。目前以家政为依托的社区和居家相结合养老模式的发展已初具规模，在吉林省的几个城市、几十个社区中大力推行，在一定程度上解决了政府、家庭和社区三者衔接不好的问题。但是，由于吉林省空巢老人、留守老人现象严重，经济相对欠发达，养老服务供需矛盾依然较大，基于此本文展开以吉林省为试点的调查分析。

2014 年，吉林大学人口研究所展开了老年人生活状况及养老服务需求调查，此次调查受访老年人共计 4272 名。此次调查数据是在 2010 年公布的第六次全国人口普查数据基础上按吉林省 1% 老年人口抽样调查数据加权后的结果，具有一定的代表性。2017 年，本文通过吉林省老年学学会下设的老年医学与健康管理专业委员会组织的养老服务业发展调研活动对吉林省 20 家典型养老机构、社区

以及医院进行了深入调查，调研地区涵盖了吉林省 9 个地市。基于这两个调查分析吉林省养老服务的供求矛盾，本次抽样调查的主要数据结果如下（不含缺失值百分比）。

本次调查走访了 6 个城市，包括白城市、吉林市、四平市、松原市、通化市、长春市。其中男性 2025 人，女性 2226 人，男性占比为 47.6%，女性为 52.4%。年龄在 60-64 岁分组的老年人比例最大；家庭子女数的平均数为 2.98 个，农村老年人的子女数平均数要多于城市老年人的子女平均数；在做重大决策时，与家人商量的老年人和自己做决定的老年人占比差不多，与家庭共同协商的占 38.0%，自己决策的占 34.5%，这代表着老年人在养老时，家庭核心成员的意见对于老年人的养老方式选择同样重要。

在经济状况上，老年人平均储存的养老金为 50,067 元，其中城镇老年人的养老金储备要高于农村一倍以上。从整体上看，老年人每年结余的钱并不多，养老机构的价格一旦超出老年人收入太多，老年人入住养老机构养老的意愿将会很弱。在入住养老机构的费用上，老年人可承受的费用很低，有 65.1% 的老年人仅能承受 1000 元以下的养老费用，这个比例在农村更是高达 92.1%，也就是说大部分老年人的养老需求还属于中低端养老，这与吉林省的经济情况有关，也是未来养老服务业探索的重点领域。在老年人层面，一定是希望价格越低越好，但是老年人能够承受的价格水平过低，这与企业给出的实际价格水平之间存在很大差距。

表 4.5 老年人养老服务项目需求情况（单位：%）

	助餐	助浴	上门做 家务	上门 看病	日间 照料	康复 护理	老年辅具 用品租赁	社会 参与	心理咨询/ 聊天解闷	其他	都不 需要
城镇	8.3	3.3	13.4	15.8	8.5	5.9	1.3	7.3	9.8	0.5	65.5
农村	7.4	5.7	7.6	46.7	5.6	11	2.4	6.2	7.6	0.7	50.8

数据来源：吉林省老年人生活状况及养老服务需求调查。

城镇老年人与农村老年人对于养老服务的选择不同，对于不同服务需求的占比如表 4.5 所示，其中有的受访老年人需求项目是多项，在养老服务需求项目上，无论城镇老年人还是农村老年人，对于社区上门看病的服务需求都最大，特别是农村老年人上门看病需求占到了 46.7%，对于康复护理需求也达到了 11%。对于助餐、助浴服务需求都不是很高，城市老年人对于上门做家务的需求较明显，达

到了 13.4%。这个数据与理论分析结果相一致,老年人对于医疗康复的需求最大,助餐、助浴的需求较小,发展家政与社区合作能够提高社区的服务覆盖率,所以医养结合的社区+居家模式应该是老年人需求最大、最为推崇的养老模式。

另外,老年人的精神文化生活不容忽视,老年人最经常参加的活动类型是看电视或者听广播,城镇或者农村老年人占比都达到了 93%以上;老年人对于互联网学习和应用的人数不是很多,特别是农村老年人,比例仅为 1.2%,参加老年大学的人均比重也只达到 1%。在老年人参与再就业上,退休后参与再就业的老年人占 2.5%,主要工作类型是服务业,包括厨师、家政人员、兼职司机等。感觉比较幸福的老年人占比很高,但是 32.8%的老年人还是有时会感到孤独,这进一步说明加强老年人的精神慰藉和增加社会活动参与很有必要,有利于改善老年人由于孤独感而产生的心理问题。^[1]

以上是数据的基本情况,下面本文以吉林省老年人的实际需求为出发点,基于Logit回归模型,分析养老服务需求与影响因素之间的关系。对因变量养老服务需求的分析,我们分为以下几个方面:老年人日常照料需求(Y_1)、医疗保健需求(Y_2)、精神慰藉需求(Y_3)以及社会参与需求(Y_4)。日常照料项目需求由助餐服务、助浴服务、家政服务 and 日间照料合并;医疗保健项目需求由上门看病、康复护理、辅具租赁合并;精神慰藉需求由原始量表中的心理咨询/聊天解闷代替;社会参与需求直接取自原始量表中的社会参与服务。根据调查问卷中收集的老年人的信息,自变量影响因素的定义如下,性别(X_1)、年龄(X_2)、户口类型(X_3)、婚姻状况(X_4)、子女数量(X_5)、健康状况(X_6)、周锻炼次数(X_7)、医疗保险(X_8)、保险类别(X_9)、家庭年收入(X_{10})、经常上网(X_{11})、孤独感(X_{12})、幸福满足感(X_{13})以自理能力(X_{14})。对自变量的定义如下表,分类变量的参照基准为最后一项。由于其他变量要么具有等级量表,要么为连续变量,因此统一处理为序次变量直接进入模型进行回归估计。

本研究应用了二元Logit回归分析方法,在经济分析中经常会遇到大量个体和企业的调查数据,这些数据具有很多与时间序列数据不同的特点,经常存在离散选择性、数据审查、选择性样本等问题,一般需要采用微观计量经济学方法进行定量分析。在离散选择模型中,最简单的情形是可供选择的方案只有两个,

^[1] 王晓峰,刘帆,马云博.城市社区养老服务需求及影响分析——以长春市的调查为例[J].人口学刊,2012(06):34-39.

也就是二选一，不是一就是二，这种称为二元选择模型。在实际中我们也经常遇到这样的情况，例如在本文中，对于不同的养老服务种类是有需求还是无需求，无需求为0，有需求为1，有无需求与很多因素有关，如健康程度、自理程度、收入情况、年龄情况等等。我们要研究健康程度与有无养老服务需求之间的关系，即研究具有某一类健康程度的人需要养老服务的可能性。因此，二元选择模型的目的是研究具有给定特征的个体做某种选择而不做另一种选择的概率。

Logit模型是利用标准化分布的累积分布函数（cumulative distribution function），简称C.D.F.来转换值的。令Y表示该老年人是否选择一项养老服务（Y=0时表示老年人没有选择该服务，Y=1时表示老年人选择了该项服务），并假设有n个自变量与该老年人是否选择这项养老服务有关，自变量为 X_1, X_2, \dots, X_n 。我们以Y为因变量，以 X_1, X_2, \dots, X_n 为自变量，运用Logit二元回归 X_1, X_2, \dots, X_n 模型来分析Y与 X_1, X_2, \dots, X_n 之间的关系。 P_i 表示为相应个体做出某种养老服务选择的概率，其形式是

$$P_i = F(y_i) = F(\alpha + \beta X_i) = \frac{1}{1 + e^{-y_i}} + \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta X_i)}} \dots\dots\dots(4.1)$$

变换后，

$$\ln\left(\frac{P_i}{1 - P_i}\right) = y_i = \alpha + \beta X_i \dots\dots\dots(4.2)$$

对于Logit模型采用极大似然法进行参数估计，分析含两个参数（ α 和 β ）的随机试验，并假设被估计的模型如下，

$$P_i = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta X_i)}} = \frac{1}{1 + e^{-y_i}} \dots\dots\dots(4.3)$$

极大似然估计的出发点就是寻找样本观测值最有可能发生的条件下 α 和 β 的估计值。如果第一种选择发生n次，第二种选择就发生了N-n次，设第一种选择的概率是 P_i ，则第二种选择的概率就是 $(1 - P_i)$ ，则似然函数是

$$\begin{aligned}
L(\alpha, \beta) &= P(y_1, y_2, \dots, y_N) \\
&= P(y_1)P(y_2) \cdots P(y_N) \\
&= P_1 \cdots P_n (1 - P_{n+1}) \cdots (1 - P_N) \\
&= \prod_{i=1}^n P_i \prod_{i=n+1}^N (1 - P_i) \dots\dots\dots(4.4)
\end{aligned}$$

对数似然函数是

$$\ln L(\alpha, \beta) = \sum_{i=1}^n \ln P_i + \sum_{i=n+1}^N \ln(1 - P_i) \dots\dots\dots(4.5)$$

分别求上式 α 和 β 的偏导数，并令其为 0，即

$$\begin{cases} \frac{\partial \ln L}{\partial \alpha} = \sum_{i=1}^n \frac{1}{P_i} \frac{\partial P_i}{\partial \alpha} - \sum_{i=1}^n \frac{1}{1 - P_i} \frac{\partial P_i}{\partial \alpha} = 0 \\ \frac{\partial \ln L}{\partial \beta} = \sum_{i=1}^n \frac{1}{P_i} \frac{\partial P_i}{\partial \beta} - \sum_{i=1}^n \frac{1}{1 - P_i} \frac{\partial P_i}{\partial \beta} = 0 \end{cases} \dots\dots\dots(4.6)$$

由此便可求得 α 和 β 的极大似然估计值，这个结果具有一致性和渐近有效性，且都是渐近正态的。本文以Logit回归模型为分析依据，在后面通过此方法计算养老服务需求中的日常照料需求、医疗保健需求、精神慰藉需求以及社会参与需求与各种自变量之间的关系。

在确定了所有自变量和因变量的基础上，对所有自变量和因变量进行Logit回归。我们令Y表示该老年人是否有养老服务需求（Y=1时表示该老年人群不需要该项服务，Y=2时表示需要该项服务），并假设有14个自变量与该老年人是否选择这项养老服务有关，这些自变量分别为 X₁, X₂, ..., X₁₄。我们以Y为因变量，以X₁, X₂, ..., X₁₄为自变量，运用二元Logit 回归模型来分析Y与X₁, X₂, ..., X₁₄之间的关系。

表 4.6 变量的定义及赋值

因素	变量	定义
日常照料需求	Y ₁	1=不需要, 2=需要
医疗保健需求	Y ₂	1=不需要, 2=需要
精神慰藉需求	Y ₃	1=不需要, 2=需要
社会参与需求	Y ₄	1=不需要, 2=需要
性别	X ₁	1=女, 2=男
年龄	X ₂	1=60-64 岁, 2=65-69 岁, 3=70-74 岁, 4=75-79 岁, 5=80-84 岁, 6=85 岁及以上

续表 4.6 变量的定义及赋值

因素	变量	定义
户籍	X3	1=农村, 2=城镇
文化程度	X4	1=未上过学, 2=小学/私塾, 3=初中, 4=高中/中专/职高, 5=大专及以上学历
婚姻状况	X5	1=有偶, 2=单身
子女数	X6	0-11 个
健康状况	X7	1=非常好, 2=比较好, 3=一般, 4=比较差, 5=非常差
周锻炼次数	X8	1=从不锻炼, 2=一至二次, 3=三至五次, 4=六次及以上
医疗保险	X9	1=无医保, 2=城镇居民保, 3=城镇职工保, 4=新农合
家庭年收入	X10	0.05-100 万
经常上网	X11	1=否, 2=是
孤独感	X12	1=经常, 2=有时, 3=从不
幸福感	X13	1=非常幸福, 2=比较幸福, 3=一般幸福, 4=比较不幸福, 5=非常不幸福
自理能力	X14	1=完全自理, 2=部分自理, 3=完全不能自理

注: 采用 SPSS 22.0 定义得到。

日常照护需求是各种需求中最基础的, 表 4.7 中, B 为变量系数, S.E. 为标准误, Sig 为检验概率值, Exp(B) 为概率发生比, 显著性水平设定为 0.1, Sig 值小于 0.1 说明变量的检验结果显著。模型整体检验的结果显著, 调整后的类比 $R^2 = 0.759$, 模型整体拟合效果较好, 且大多数自变量也都在 10% 的显著水平下通过了统计检验。

表 4.7 日常照护需求的影响因素 Logit 回归分析

	B	S.E.	Sig.	Exp(B)
女性/男性 X1	-.186	.123	.130	.830
年龄 X2	.142	.047	.003	1.152
农村/城镇 X3	-2.663	.294	.000	.070
文化程度 X4	-.235	.071	.001	.790
有偶/单身 X5	.092	.137	.503	1.096
子女数 X6	.002	.038	.948	1.002
健康状况 X7	.417	.068	.000	1.518

续表 4.7 日常照护需求的影响因素 Logit 回归分析

	B	S.E.	Sig.	Exp(B)
周锻炼次数 X8	-0.260	.052	.000	.771
医疗保险 X9			.000	
无医保/新农合 X9 (1)	-1.775	.377	.000	.169
居民保/新农合 X9 (2)	-1.992	.322	.000	.136
职工保/新农合 X9 (3)	-1.912	.333	.000	.148
家庭年收入 X10	-.032	.027	.238	.968
不上网/经常 X11	-.629	.239	.009	.533
孤独感 X12	-.739	.091	.000	.478
幸福感 X13	-.432	.074	.000	.650
自理能力 X14	2.643	.129	.000	14.059

注：采用SPSS 22.0计算得到。

性别因素的检验结果不显著；年龄因素的检验结果非常显著，变量系数估计值为 0.142，其统计意义表明随着老年人口年龄级别的增加对日常照护需求的概率也相应增加，平均每提高一个年龄级别有需求概率增加 1.15 倍。

户籍因素的检验结果显著，相对于城镇户籍的老年人，农村老年人的日常照护需求概率下降，仅为城镇老年人日常照护需求概率的 70%。本文分析农村的需求小于城镇可能是由于农村老年人从事体力劳动的较多，且习惯于自我护理，同时又具有务农情怀，使得农村老年人继续劳动的意愿比较强烈，因此农村老年人具有日常照护需求的概率要低于城镇老年人。

婚姻状况和拥有子女数的检验结果不显著；健康状况的检验结果非常显著，随着健康状况的恶化，老年人对日常照护的需求概率增加，每恶化一个量表等级其需求概率相应增加 1.518 倍；周锻炼次数的检验结果显著，锻炼次数与照护需求呈反向变动关系。不同属性的医疗保险对于老年人日常照护的需求的影响也存在着显著地差异，相对于新农合的老年人，无医疗保险、城镇居民保险和城镇职工保险的老年人具有日常照护需求的概率均呈现降低趋势，其中城镇医疗保险老年人的概率降低幅度更大。另外，无医疗保险的老年人可能拥有商业医疗保险或其他形式的医疗保险。

家庭年收入对老年人日常照护需求的影响不显著，但是呈现负向变动趋势；是否经常上网的检验结果显著，不经常上网的老年人比经常上网的老年人对日常

照护需求的概率要低,这可能受老年人对养老服务认识存在差异的影响;孤独感的检验结果显著,随着孤独感的降低,老年人日常照护需求概率也相应降低,二者呈现同向变动趋势。

幸福感的检验结果显著,老年人的照护需求随着幸福感的下降而降低,二者呈现同向变动趋势,幸福感较低的老年人可能更加需要子女和社会的关注,幸福感的降低直接影响着老年人对日常照护的看法,与照护人员的交流不畅也会影响其对照护服务的接受程度,因此需要引起相关部门对这种状况的重视;自理能力的强弱直接决定着老年人对日常照护的需求程度,模型的检验结果非常显著,而且估计的系数也比较大,随着老年人自理能力的恶化其对照护需求的程度呈现大幅增长。

总的来说,城镇老年人对于日常照护的需求大于农村老年人;60岁及以上老年人,随着年龄级别的增加,对于日常照护需求越来越明显;在健康程度上,健康程度、锻炼次数逐渐降低,对于日常照护需求都增加;农村合作医疗老年人的日常照护需求最明显;自理程度与老年人日常照护需求呈负相关,自理程度越低,日常照护需求越明显;孤独感和幸福感都与日常照护需求呈同向变动趋势,孤独感以及幸福感越低,老年人的照护需求也就越低。

4.3.2 医疗保健养老需求的影响因素分析

医疗保健项目需求主要由问卷中上门看病、康复护理、辅具租赁的需求合并,反应老年人对医疗保健项目的需求情况。模型整体检验的结果显著,调整后的类比 $R^2 = 0.311$,模型整体拟合效果较好,且大多数自变量也都在10%的显著水平下通过了医疗保健养老服务需求的统计检验,给出的检验结果如表4.8所示。

性别因素的检验结果不显著;年龄因素的检验结果显著,变量系数估计值为0.077,其统计意义表明随着老年人年龄级别的增加对医疗保健需求的概率也相应增加,平均每提高一个年龄级别其需求概率增加1.08倍;户籍因素的检验结果显著,相对于城镇户籍老年人,农村老年人的医疗保健需求概率上升,这可能是由于农村老年人所居住的社区的医疗设施相对匮乏,并且农村医疗水平相对偏低,所以农村老年人对医疗保健的需求也更加明显。

表 4.8 社区医疗保健需求的影响因素

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
女性/男性 X1	-.086	.078	1.207	1	.272	.918
年龄 X2	.077	.034	5.221	1	.022	1.080
农村/城镇 X3	.526	.222	5.637	1	.018	1.693
文化程度 X4	-.164	.049	11.190	1	.001	.849
有偶/单身 X5	.220	.096	5.319	1	.021	1.246
子女数 X6	-.060	.026	5.368	1	.021	.941
健康状况 X7	.206	.044	22.277	1	.000	1.229
周锻炼次数 X8	.002	.032	.004	1	.948	1.002
医疗保险 X9			8.696	3	.034	
无医保/新农合 X9 (1)	-.743	.275	7.329	1	.007	.476
居民保/新农合 X9 (2)	-.619	.248	6.218	1	.013	.539
职工保/新农合 X9 (3)	-.634	.254	6.245	1	.012	.530
家庭年收入 X10	-.012	.016	.594	1	.441	.988
不上网/经常 X11	-.448	.164	7.402	1	.007	.639
孤独感 X12	-.433	.062	49.274	1	.000	.649
幸福感 X13	.031	.048	.423	1	.516	1.032
自理能力 X14	.207	.092	5.105	1	.024	1.230

注：采用 SPSS 22.0 计算得到。

文化程度的检验结果特别显著，随着文化程度的升高，老年人对医疗保健的需求概率呈现降低趋势，每恶化一个量表等级其需求概率相应增加 0.849 倍；该趋势与前面日常照护需求的结果一致；对于婚姻情况，有配偶的老年人的医疗保健需求是单身老年人的 1.246 倍，这可能是由于夫妻双方相互依靠，对身体状况更加注意，所以对医疗保健的需求也就越多；子女数与医疗保健需求呈负相关趋势，子女数越多，医疗保健需求概率越低。

健康状况越差，医疗保健需求越高；周锻炼次数的检验结果不显著；医疗保险的属性对于老年人医疗保健需求的影响也存在显著差异，相对于新农合的老年人，无医疗保险、城镇居民保险和城镇职工保险的老年人日常照护需求的概率均呈现降低趋势，其中无医疗保险老年人的概率降低幅度更大，城镇城镇居民保险的老年人的概率降低幅度相对较小；家庭年收入的检验结果不显著。

经常上网和孤独感的检验结果都非常显著，与经常上网的老年人相比，不经常上网的老年人医疗保健需求的概率要低一些，是经常上网老年人的 0.639 倍；

随着老年人孤独感的降低，对医疗保健需求的概率也逐步降低；但随着老年人自理能力的降低，对医疗保健需求的概率则逐步上升；对于幸福感因素的检验结果不显著。

总的来说，由于医疗水平存在差异，城市的医疗保健资源要优于农村，农村的医院等级、医护水平以及保健意识都相对较弱，相比城市老年人，农村老年人医疗保健需求的概率要更高，是城市老年人的 1.693 倍；年龄因素的统计意义表明随着老年人年龄级别的增加，医疗保健需求的概率也相应增加，平均每提高一个年龄级别其需求的概率增加 1.08 倍；有配偶老年人的医疗保健需求高于单身老年人的医疗保健需求；随着自理能力的降低，医疗保健需求增加；随着孤独感的降低，医疗保健需求降低。总之，这几个影响因素主要反应的是老年人的健康状况，从健康状况的影响因素上不难看出，健康状况每恶化一个量表等级其需求的概率相应增加 1.229 倍，健康状况越不好，老年人的医疗保健需求越明显，这个检验结果与现实状况相吻合。

4.3.3 精神慰藉养老需求的影响因素分析

精神慰藉项目需求由原始量表中的心理咨询，聊天解闷代替。对于精神慰藉养老需求，其中 $R^2 = 0.755$ ，此模型的检验结果不显著因素较多，对于户籍、子女数、医疗保险、家庭年收入以及孤独感的影响因素显著。

表 4.9 社区精神慰藉需求的影响因素

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
女性/男性 X1	.151	.125	1.475	1	.225	1.163
年龄 X2	.051	.052	.967	1	.325	1.053
农村/城镇 X3	-1.122	.326	11.858	1	.001	.326
文化程度 X4	-.089	.073	1.505	1	.220	.914
有偶/单身 X5	.054	.149	.134	1	.715	1.056
子女数 X6	-.121	.042	8.169	1	.004	.886
健康状况 X7	-.009	.070	.018	1	.894	.991
周锻炼次数 X8	.040	.052	.612	1	.434	1.041
医疗保险 X9			15.124	3	.002	
无医保/新农合 X9 (1)	-1.556	.481	10.477	1	.001	.211
居民保/新农合 X9 (2)	-1.211	.362	11.209	1	.001	.298
职工保/新农合 X9 (3)	-.905	.364	6.181	1	.013	.405

续表 4.9 社区精神慰藉需求的影响因素

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
家庭年收入 X10	.072	.020	13.192	1	.000	1.074
不上网/经常 X11	-.301	.210	2.052	1	.152	.740
孤独感 X12	-.511	.094	29.570	1	.000	.600
幸福感 X13	.050	.076	.434	1	.510	1.052
自理能力 X14	.054	.149	.133	1	.715	1.056

注：采用SPSS 22.0计算得到。

医疗保险的检验结果十分显著，相对于城镇老年人，农村老年人的精神慰藉需求相对较少；子女数越多，精神慰藉需求越少；医疗保险分类上，新农合老年人精神慰藉需求较多，其中无医疗保险老年人与新农合老年人幅度相差最大；老年人家庭年收入影响因素与精神慰藉需求呈正相关，家庭年收入越多，老年人的精神慰藉需求越明显；孤独感的程度越低，精神慰藉的需求程度越低；但是幸福感和自理能力的检测结果不显著。

总的来说，第一，老年人相对于农村老年人有更明显的精神慰藉需求，农村老年人仅是老年人的 30%。这主要是由于农村老年人主要从事体力劳动，同时，也有很多农村老年人习惯了自己做家务，生活方式相对丰富，对精神慰藉的需求较少。相反，老年人年轻时多从事脑力劳动，退休后生活方式相对单一，所以对精神慰藉的需求相对较大。第二，家庭总收入与精神慰藉呈正相关趋势，家庭收入越高，精神慰藉需求的概率越大。原因主要在于经济状况较好的家庭，子女多工作繁忙或者居住在国外，与父母沟通交流的时间较少，所以老年人精神慰藉需求就比较明显。第三，子女数越多，精神慰藉的需求越少。对于老年人来说，子女多也就意味着老年人与子女见面的机会也更多，子女与老年人有更多的沟通交流，因此老年人精神慰藉需求的概率也就较低。

4.3.4 社会参与需求的影响因素分析

社会参与需求直接取自原始量表社会参与服务，主要考虑老年人对参与再就业、老年协会、老年大学、老年志愿者等服务的需求，模型中 $R^2 = 0.802$ 。

表 4.10 社会参与需求的影响因素

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
女性/男性 X1	.048	.138	.121	1	.727	1.049
年龄 X2	.035	.060	.345	1	.557	1.036
农村/城镇 X3	-.665	.376	3.137	1	.077	.514
文化程度 X4	-.047	.084	.316	1	.574	.954
有偶/单身 X5	.208	.174	1.430	1	.232	1.232
子女数 X6	-.176	.048	13.353	1	.000	.839
健康状况 X7	-.174	.077	5.076	1	.024	.840
周锻炼次数 X8	-.087	.058	2.235	1	.135	.917
医疗保险 X9			8.183	3	.042	
无医保/新农合 X9 (1)	-1.540	.576	7.154	1	.107	.214
居民保/新农合 X9 (2)	-.844	.414	4.144	1	.142	.430
职工保/新农合 X9 (3)	-.999	.427	5.478	1	.119	.368
家庭年收入 X10	.034	.022	2.430	1	.119	1.034
不上网/经常 X11	.044	.264	.027	1	.868	1.045
孤独感 X12	-.322	.109	8.778	1	.003	.724
幸福感 X13	-.028	.088	.104	1	.748	.972
自理能力 X14	-.148	.186	.636	1	.425	.862

注：采用 SPSS 22.0 计算得到。

总的来看，农村老年人社会参与需求较城镇老年人低，其主要原因是由于生活方式不同，并且农村社会活动资源少于城镇，农村老年人的社会参与需求少于城镇老年人，需求仅为城镇老年人的 51.4%。子女数的检验结果非常显著，子女数越多，社会参与需求的概率越低；健康状况越不好，社会参与需求越少；孤独感程度减少，社会参与需求的概率也会相对降低，通过社会参与能够增加老年人与其他社会成员的交往，从而减少孤独感，检验结果与现实情况相一致。并且，健康状况越不好，社会参与需求越少，这主要是由于老年人身体状况改变，其主要精力用于疾病的治疗和康复，没有足够的体力和精神去参与社会活动，所以社会参与的需求反而降低。

4.3.5 养老服务需求实证结论

上述四个模型从整体上来看，性别（X1）因素的检验结果都不显著，说明

男女在需求的选择上差异不大。年龄（X2）这一影响因素与日常照料需求、医疗保健需求都呈正相关，且每增加一个年龄级别，三种需求的概率分别增加 1.152 倍、1.080 倍和 1.080 倍。也就是说随着老年人年龄的增加，对于日常照料需求和医疗保健需求都将增加。在（X3）户籍这一影响因素上，农村老年人日常照料需求、精神慰藉需求以及社会参与需求都小于城镇老年人，这可能是由于农村老年人的生活环境和思维方式不同于老年人。但值得注意的是，在医疗保健需求上，农村老年人的需求明显大于城市老年人，为城市老年人的 1.693 倍，这充分反映了目前农村老年人对医养结合养老服务业的发展有迫切需求。文化程度（X4）越高，对日常照料和医疗保健的需求越显著，但对精神慰藉需求和社会参与需求不显著。婚姻状况（X5）对于整体日常照料需求不显著，但是对区日常照料和医疗保健需求显著，其中有配偶老年人的这两种需求比单身老年人要少，其原因主要是有配偶老年人获取照护资源相对更容易，可以在家互相照顾，所以对日常照护需求少，对于医疗保健需求也少。

子女数（X6）对日常照料需求的检验结果不显著，但与三种需求都呈负相关，子女数量越多，医疗保健需求、精神慰藉需求以及社会参与需求都越少。健康状况（X7）这一因素对养老需求影响比较显著，随着健康状况恶化，对日常照料、医疗保健的需求增长，对社会参与的需求减少，其原因在于随着身体状况恶化，没有足够的体力和精力参与社会活动或再就业。锻炼次数（X8）只与日常照料需求的检验结果显著，锻炼次数越多，老年身体状况越好，对日常照护需求越少。

医疗保险（X9）的属性主要分为新农合、城镇居民保险、城镇职工保险以及无保险四类。上述四个 Logit 回归模型中，新农合医保的老年人对各个需求的概率都是最大的，医疗保险属性对老年人日常照护需求的差异也存在显著影响，与新农合老年人相比，无医保、城镇居民保险和职工保老年人日常照护需求的概率均呈现降低趋势。家庭年收入（X10）对精神慰藉需求的检验结果显著，家庭收入越高，老年人精神慰藉的需求越大。经常上网（X11）的老年人对日常照护和医疗保健的需求比不经常上网的老年人要多，原因是经常接触网络的老年人对养老和健康方面的知识获取更广泛，了解的越多需求也就越多。孤独感（X12）与需求呈负相关，老年人感到孤独感的次数越少，对于各项需求的需求概率也越

低。

幸福感(X13)只对日常照料需求检验结果显著,老年人幸福感越少,对日常照料需求越小。在整体日常照料模式中,增加幸福感的方式有很多,所以日常照料需求就不显著了。自理能力(X14)也在一定程度上代表老年人的健康程度,对日常照料和医疗保健需求的检验结果显著,且呈正相关,老年人自理能力越差,对日常照料和医疗保健的需求越明显。

总的来说,从吉林省老年人口健康调查数据分析的结果来看,老年人健康程度一般;在医保报销上,98.5%的农村老年人报销形式主要是新型农村合作医疗保险,而90%的城镇老年人主要是依靠职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险,但仍有部分老年人没有任何医疗保险;农村老年人对于医疗保健的需求较大;并且根据检验结果,随着年龄级别的增加、健康状况的恶化,老年人对于日常照护的需求也增加,需要加强老年人的健康管理,转变老年人的健康预防理念,完善健康管理平台;同时,城镇老年人对日常照料需求更大,应该提升专业照护人员的技术水平,从而满足日益增长的日常照料需求;对于精神慰藉需求也不能忽视,特别是要满足子女不在身边的老年人对精神层面服务的需求,从而增加老年人的幸福感,减少老年人的孤独感;社会参与还处于发展的初级阶段,发展相对较慢,与之相比,老年人更重视的是医疗治疗以及日常照料服务,对社会参与的意识还有待提高和转变。在整体上存在着老年人权益保护意识不足、老年人社会价值有待开发、老年人健康水平不高且健康管理意识不强、老年人家庭结构小型化、老年人生活状况城乡差距较大等问题。此外,应该将日常照护需求作为基础需求,增加多元化的养老服务模式,提高老年人精神慰藉和健康保健需求,提升老年人的维权意识,开发老年人的社会价值,促进社会参与项目更加多元化、具体化。还需要扩大社区宣传,增加健康管理、健康体检以及加大对慢性病管理知识的宣传力度,从而有效提高我国老年人健康水平。

由于受到数据资料的限制,本文分析老年人养老服务需求使用的是吉林省的数据,吉林省属于东北老工业基地,人口长期超低生育水平,2016年人口开始负增长,老龄化问题提分突出。吉林省虽然不能代表全国养老服务需求的总体特点,但吉林省是非常具有代表性的省份,在全国范围内超前出现低生育陷阱、人口老龄化、人口负增长等人口现象,通过对吉林省养老服务需求的分析,能够在

一定程度上体现出我国人口和老龄化发展的趋势。

第5章 我国养老服务业发展现状及特征分析

应对人口老龄化的关键是发展养老服务业，本章首先分析了养老服务业发展的历史沿革以及我国养老服务业发展的大背景，阐述了我国养老服务业的供给情况及发展现状。随之提出在这种现存环境下，我国养老服务业发展存在供需不匹配、核心服务功能定位不准确、机制与制度不完善、老年农村家庭照护体系不足、专业照护人员短缺等主要问题。而后论述我国目前养老服务业发展的新兴模式，如保险养老社区模式、医养结合养老模式、候鸟式养老模式、互联网+养老模式以及房地产养老模式。

5.1 养老服务业发展现状

5.1.1 养老服务业发展历史沿革

养老问题一直是社会、政府、群众关心的重大问题，关系到我国经济社会发展的各个层面。我国养老服务业发展进程主要分为三个阶段，分别是福利为主阶段、社会服务阶段以及产业起步阶段。

第一个阶段是1949年至1979年建国初期的三十年，这时我国养老服务业发展处于福利为主阶段。在计划经济时代，我国主要生产方式都是实行国家统一分配，是一种救助性福利，养老服务模式主要是家庭养老模式，所有福利资源的支配权和控制权都在国家手里。主要对象主要是“三无”人员和“困难户”。其中“三无”人员指的是无劳动能力、无收入来源、无法定赡养人的人员。国家采取集中供养的供养方式，如儿童福利院、养老院等，但这部分救助主要针对的是城市居民。对于农村老年人，养老方式主要是依靠家庭的自我供养；对于农村孤寡老人、农村残障老人，提供“五保”供养，即衣食住行、丧葬等五个方面。但是，受经济水平影响，能够进入福利院养老院的老年人数很少。城市老年人主要依靠的是退休制度养老，而对于农村老年人，只能通过微弱的家庭收入养老，更不用说老年人的精神养老层面。

第二个阶段是1980年到2010年的社区服务阶段，随着改革开放到来，我国开始由计划经济向市场经济转变。在市场经济体制下，职工所在企业转轨后，职工

失去单位福利变为“社会人”。由于竞争力加大,依靠政府福利生活变为市场竞争,年轻人竞争压力变大,外出打工导致家庭结构小型化,空巢老人、独居老人增加,家庭养老模式难以满足老年人养老需求。在1985年,国家实行改革,以社区服务的形式开展试点。两年后,通过“面向社会、发展社区服务”战略发展养老服务,并取得了一定的效果。1997年,“老龄产业”概念在老龄产业研讨会上被首次提出,作为新兴产业,包括了满足老年人多方面的需求所涉及的第一、第二以及第三产业。自此,我国养老服务业翻开了新的篇章。

在2000年发布的《中共中央、国务院关于加强老龄工作的决定》中提出,动员全社会力量投资兴办社会福利事业,发展老年服务模式也向多元化服务模式转变,包括医疗保健、生活照料、老年人文化娱乐建设和老年再教育等诸多方面,同年提出了社会养老服务机构的目标和构想。^[1]在《关于加快社会福利社会化的意见》中强调逐步建立以居家养老为基础、社区服务为依托、机构养老为补充的养老服务体系。^[2]2008年,在《中共中央组织部、人力资源和社会保障部印发〈关于进一步加强新形势下离退休干部工作的意见〉的通知》(中组发[2008]10号)中提出新形势下离退休干部的指导思想和原则,其中包括老有所养、老有所医、老有所教、老有所学、老有所乐、老有所为的发展目标。^[3]

第三个阶段是2011年至今,产业起步阶段。2011年《社会养老服务体系规划建设(2011—2015年)》^[4]正式实施,标志着我国养老服务产业化正式启动。2013年,在《关于加快发展养老服务业的若干意见》^[5]中正式提出了养老服务的总体要求及发展措施,成为我国养老服务发展的四梁八柱,对养老服务业发展起到战略支撑作用。在探索养老服务业模式上,2014年,财政部、商务部公布《关于开展以市场化方式发展养老服务产业的试点的通知》,文件指出选取部分省份为试点,探索养老服务发展的长效机制发展。目前,我国打造居家为基础、社区与居

[1] 计划生育家庭发展司.中共中央、国务院关于加强老龄工作的决定[EB/OL].(2000-08-21)[2017-12-2].
<http://www.nhfp.gov.cn/jtfs/s3581c/201307/e9f0bbfea6c742ec9b832e2021a02eac.shtml>.

[2] 民政部.关于加快实现社会福利社会化的意见:国办发[2000]19号
[A/OL].(2008-09-08)[2018-2-2].<http://shfl.mca.gov.cn/article/zcfg/200809/20080900019761.shtml>.

[3] 中华人民共和国审计署.中共中央组织部、人力资源和社会保障部关于印发《关于进一步加强新形势下离退休干部工作的意见》的通知:中组发[2008]10号
[A/OL].(2008-3-26)[2018-2-2].<http://www.audit.gov.cn/n577/n704/n705/c65749/content.html>.

[4] 中华人民共和国中央人民政府.国务院办公厅关于印发社会养老服务体系规划建设(2011-2015年)的通知:国办发[2011]60号[A/OL].(2011-12-27)
[2018-2-2].http://www.gov.cn/zwgk/2011-12/27/content_2030503.htm.

[5] 中华人民共和国中央人民政府.国务院加快发展养老服务业的若干意见:国发[2013]35号
[A/OL].(2013-9-13)[2018-2-2].http://www.gov.cn/zwgk/2013-09/13/content_2487704.htm.

家相结合的养老发展模式,探索医养结合资源的获取平衡性,向着其他行业融合、居家与社区养老模式融合、健康中国与健康老龄化融合的发展方向。以上,是我国养老服务业的发展历史沿革,从福利为主阶段到社会服务阶段,再到产业起步阶段,我国在逐步探索并且完善养老服务业。

5.1.2 养老服务业政策演变

中国养老服务政策演变主要经历了萌芽、孕育、启动、初步形成以及迅速发展五个阶段。^[1]从20世纪80年代开始,政府开始对中国老龄问题逐步关注,随着我国经济水平提升、人口平均寿命增加、科学技术和医疗水平进步,中国养老服务政策实现了从萌芽阶段到现如今的迅速发展阶段。

首先,第一阶段是从1982年到1989年,此时中国还没有正式出台老龄化政策,处于养老服务政策萌芽阶段。1982年,中国成立了老龄化工作委员会,初步形成从中央到地方的老龄工作网络。1983年,《关于老龄工作情况与今后活动计划要点》提出建立老年人相关协会,并首次提出开设老年人日间照料中心的内容,旨在解决老年人白天没有人照顾的问题。1985年首次提出“家庭病床”用来解决不方便出行老年人的医疗问题,为日后老年人在社区接受医疗服务奠定了基础。1989年,国家、残联部门提出社区开展便民活动,特别强调社区基础康复也是残疾人康复的相关内容,这阶段政策上社区卫生服务体系和社区康复体系开始萌芽(详见附录一)。

第二阶段是从1990年到1999年,是中国养老服务政策的孕育阶段。这十年,国家人口政策带来的人口结构改变越来越明显,中国老年人口年龄结构向老年型转移,国家对于老龄问题的关注度不断上升。与此同时,国家在经济发展路线上开始重视第三产业,这也带动了相关服务业发展。1994年,提出《中国老龄工作发展纲要(1994-2000)》,强调家庭养老与社会服务相结合的养老方式。1996年,颁布《中华人民共和国老年人权益保障法》,这是中国第一部老年人的法律,1999年,成立了老龄工作委员会。这十年有别于八十年代,养老方式发生转变,社区服务功能性逐步扩大,国家提出日常照料服务、康复服务、精神慰藉服务以及社会参与服务四大服务体系,民政部门也开始成为社区服务的主体。

^[1]王莉莉.中国居家养老政策发展历程分析[J].西北人口,2013,34(02):66-72.

第三阶段，2000年到2005年，中国养老服务政策的启动阶段。2000年，中国人口结构正式进入老年型，国家政策开始极大的促进中国老龄事业发展，一系列居家养老政策出台。在《中共中央国务院关于加强老龄工作的决定》中确立了以“家庭养老为基础、社区服务为依托、社会养老为补充的养老机制”，此后，这种说法在后面的一系列文件以及政策中频频出现。另外，国家在发展社会福利方面的理念也出现了转变，社会福利除了由政府部门承担外，还需要社会、社区、市场等多主体共同参与。老龄部门和民政部门开始大力发展社区服务，卫生部门和残联部门以社区居家的方式提供康复服务、医疗服务。

第四阶段，2006年到2010年，中国养老服务政策初步形成阶段。2006年，老龄部门《关于加快养老服务业的意见》中第一次明确“养老服务”概念，我国居家养老服务被提上日程。^[1]2008年《关于全面推进居家养老服务工作的意见》出台，中国开始全面推动居家养老，服务内容更加细化，包括生活照料服务、家政服务、康复护理服务和精神慰藉服务等。

第五阶段 2011年至今是养老服务政策快速发展阶段，2011年《社会养老服务体系规划建设(2011—2015年)》出台，我国养老服务产业化正式启动。2012年，颁布《中华人民共和国老年人权益保障法》，它是养老服务体系发展的制度保障。中共十八大报告指出积极应对人口老龄化，大力发展老龄服务事业和产业。2013年，国家提倡拓宽民间资本发展养老服务业。2014年，各个省份养老服务试点工作逐步展开，关于养老服务的相关政策密集出台，老龄产业快速发展，政策覆盖面越来越广。2016年，是各地方养老产业政策出台最多的一年，关于行业监管、投资融资、人才培养、医养结合等诸多方面的政策均已出台。^[2]同年提出《“健康中国2030”规划纲要》，国家政策更加关注医养结合、健康老龄化方向。2017年地方支持政策密集出台，对于养老服务体系的内容更加清晰和明确，养老服务业政策发展到达了黄金时期（详见附录一）。

5.1.3 养老服务业供给现状

目前，我国养老服务发展处于快速发展阶段，截至2016年底，我国已拥有各类养老服务机构和设施14.0万个，根据《中国民政统计年鉴2017》显示，2016年

^[1] 马岚.改革开放四十年我国社会化养老服务的政策演进和发展趋势[J].重庆社会科学,2018(12):16-26.

^[2] 周玉.北京市社会养老服务体系构建的金融支持研究[D].首都经济贸易大学,2018.

我国登记的可提供住宿的养老机构数量为31912个，同去2015年比较增加了6.2%。养老床位总数为730.20万张，较上年增长了57.5万张。每千名老年人口养老床位数也上涨了4.29%。城市养老机构8891个，比上年上升了16.1%，涨幅明显，我国的养老供给水平在逐步上升。然而，农村养老机构情况却不是十分乐观，2016年农村养老机构为15398个，比上年下降1.2%。农村的养老机构下降与养老服务业具有投资大、收益期长、利润较低的特点是有关联的。对于很多小规模、资金储备相对缺乏的农村养老机构，一旦空床时间较长，形成长时间的亏损。这种情况往往将其直接拖垮。

表 5.1 社会服务机构和设施与上年比较（单位：个、万张、‰）

供给项目	2016 年	2015 年	比上年增减 (%)
提供住宿的社会服务机构	31912	398811	6.2
老年人与残疾人服务机构	31912	31187	2.3
城市养老服务机构	8891	7656	16.1
农村养老服务机构	15398	15587	-1.2
社会福利院	1604	1717	-6.6
智障与精神疾病服务机构	244	242	0.8
养老床位数	730.20	672.70	8.55
每千老年人口养老床位数	31.6	30.3	4.29
社区服务中心	23493	24138	-2.67
社区服务站	137533	128083	7.38
社区服务中心（站）施覆盖率	24.4%	22.5%	8.44

数据来源：根据 Wind 数据和 2017 年中国民政统计年鉴整理。

数据中值得说明的是，提供住宿的社会服务机构包括老年人与残疾人服务机构、智障与精神服务机构服务机构、儿童收养救助服务机构以及其他提供住宿的服务机构。这里我们主要看的是老年人与残疾人服务机构，其包括城市养老服务机构、农村养老服务机构、社会福利院、光荣院、荣誉军人康复医院、复员军人疗养院以及均需所，本文中数据主要考虑的是较为普遍的城市养老服务机构和农村养老服务机构。

根据2017年中国民政统计年鉴统计结果，截止2016年末，我国共有城乡各类社区服务机构和设施386186个，较上年增长25230个。社区指导中心、社区服务中心、社区服务站、社区养老机构和设施以及互助养老设施都呈现出一定幅度的

增长。在国家大力支持社区养老服务发展的宏观政策条件下，我国养老服务业发展已初具成效。

表 5.2 社会服务机构和设施（单位：个）

年份	城乡各类社区服务机构和设施合计	社区指导中心	社区服务中心	社区服务站	社区养老机构和设施	互助型养老设施
2014	310652	918	23088	120188	18927	40357
2015	360956	863	24138	128083	26067	62027
2016	386186	809	23493	137533	34924	76374

数据来源：2017 年中国民政统计年鉴。

我国社会养老机构和设施423348个；机构年末的职工数为1856741人；其职工受教育程度最多的为大学专科，人数为379398人；年龄结构最多的是36岁至45岁年龄组，人数为707152人；按照职业水平划分，助理社会工作者人数较多；志愿者服务人次数为7150531次，志愿服务时间为19411634.7小时（如表5.3所示）^[1]，这些社会工作的主要服务对象就是老年人。

表 5.3 我国社会工作总表（单位：个、人次、时）

我国养老服务人员（社会工作）		数量
	年末职工人数	1856741
	女性	765938
	工商登记	9172
	编办登记	282570
	民政登记	381389
	设施	1179965
受教育程度	大学专科人数	379398
	大学本科及以上人数	219841
职业资格水平	助理社会工作者人数	30385
	社会工作者人数	18015
年龄结构	35岁及以下人数	547264
	36岁至45岁人数	707152
	46岁至55岁人数	460972
	56岁及以上人数	141156
志愿服务	志愿者服务人次	7150531
	志愿服务时间	19411634.7

数据来源：2017 年中国民政统计年鉴。

^[1] 数据来源：《中国民政统计年鉴 2017》。

截止到2016年末，我国提供住宿的养老机构单位数为31912个；按照登记类型，编办登记的总数最多为18261个，民政登记的比例也较大，为12341个；按照床位数划分，0-99张床位的和300-499张床位数的养老机构居大多数，这与养老机构过大不利于管理有关，但仍有949个500张以上床位的养老机构。

表 5.4 我国提供住宿的养老机构总表（单位：个）

单位数	按登记类型				按床位数				
	工商登记	编办登记	民政登记	一个机构多块牌子	0~99张	100~299张	300~499张	500张以上	
全国合计	31912	324	18261	12341	986	17160	12059	1744	949

数据来源：2017年中国民政统计年鉴。

截止2016年末，老年医疗护理供给情况是老年医院数3004个，较上年2576个增加了428个；老年医院床位数138374张；临终关怀医院1660个；临终关怀床位数31939张。老年人成立基金会1274个；事业投入经费28190万元。老年学校53913个，较比上一年增长1289个；老年在校人数7102437人，比上年增加了225706人。我国高龄老年人口增加，享受到高龄补贴的老年人数为23533913人，享受补贴的人数也在逐步增加（根据Wind数据）。

目前，从整体上讲，我国的养老服务供给水平差距较大。我国养老服务发展处于起步阶段，各种类型的机构大量涌现，但是，城市之间、地区之间存在一定差距。

5.1.4 精神慰藉与老年就业

随着老年人生活质量上升，更多的老年人愈加关注精神赡养和老年人社会参与需求内容。满足老年人身体和精神需求是发展养老服务业的两个重要方面，生活水平提高和医疗技术进步确实为老年人提供了物质方面便利。但是，仅仅满足老年人物质生活是不够的，老年人需要积极乐观的生活态度和充实的精神世界。这些不仅仅是依靠硬件设施和物质条件能够解决的，这是一项多层面、多元需求的长期任务。老年人精神文化需求主要是指老年人在离开社会生产领域后，为改变单调生活、派遣苦闷、实现自身价值而产生的情感交流、社会交往、知识求索、

自我实现方面的心理需要。老年人精神养老要满足精神生活健康、充实、积极以及心理平衡，同时还要满足老年人对于社交的需求、求识的需求、权益的需求、自身价值的再实现需求等。

在《中华人民共和国老年人权益保障法》中规定，“国家和社会应当采取措施，健全对老年人的社会保障制度，逐步改善保障老年人生活、健康以及参与社会发展条件，实现老有所养、老有所医、老有所为、老有所学、老有所乐。”^[1]精神养老是老年人权益保障的相关内容，老有所为、老有所乐以及老有所学都是精神养老的具体表现形式。但在机构养老、居家养老以及社区养老中都普遍存在着老年人精神养老匮乏的现象，并且精神养老模式普遍单一。目前，精神养老模式主要包括麻将牌类、球类、太极、看书看报、文艺活动等形式，养老机构和社区一般都是提供活动室为老年人增加文化生活需要。另外，城市、农村空巢老人众多，心理问题以及自我实现问题往往被忽视，往往无法得到专业培训人员的心理照料。

在老龄化社会里，老年群体的参与性不容忽略，老年人的人生经历也是社会发展的宝贵财富。健康老年人在退休后，因精神上得不到寄托，不满于退休生活，往往感到无趣、孤独、甚至产生悲观的负面情绪，很大部分原因来源于老年人自我价值难以再实现。在很多发达国家，都有一系列针对于老年人的再就业政策和老年就业企业。例如，在日本这种老龄化程度较高的国家，20%以上老年人仍加入再就业队伍，这不仅可以很大部分解决财政负担，还可以满足老年人精神层面的自我价值实现。同样在美国，由于老年人的稳定性和责任感往往比年轻人多出很多，很多小店铺或者小餐馆的收银员更倾向于雇佣老年人。所以，老年人社会参与是我国养老服务业发展的重要分支，后文中对老年社会参与的现状和问题会详细论述。

5.1.5 社区与居家养老需求

社区养老、居家养老以及机构养老是目前我国养老服务业发展的三种基本模式，其中居家养老模式占90%，社区养老模式占7%，而机构养老模式仅占到3%。面对我国目前这种“9073”养老结构，发展社区与居家养老模式是发展我国养老服

^[1] 《中华人民共和国老年人权益保障法》第一条第三项。

务业的重点。受我国传统文化和生活习惯影响,目前,家庭与居家养老模式更受我国老年人推崇。1996年施行的《中华人民共和国老年人权益保障法》第37条提到,发展城乡社区服务是老年人权益保障的重要内容,老年化社区服务应该纳入法制化、规范化轨道上。在家庭结构上也在逐步转变,受计划生育政策、独生子女政策及二孩政策影响,“421”以及“4212”家庭越来越多,即双方老人、夫妻及一个孩子组成的家庭在城市中越来越普遍,一对夫妇需要赡养4位老人,又要同时抚养1到2个子女,家庭机构的改变很大程度的冲击了家庭养老模式。^[1]

社区养老模式或居家养老模式是因老年人养老地点不同而命名的养老模式。人口老龄化、家庭结构小型化,单一地点的养老模式已不能满足老年人需求。白天子女忙,无暇估计老人,下班或周末闲暇才能照看老人,家庭养老模式不能满足老年人的日常需求。特别是空巢老人,入住养老机构花费在养老上的经济成本增加,也离开了老年人熟悉的社会环境。机构养老虽然满足了老年人日常照料、康复护理、就餐、就浴等需求,但老年人离开社区和家庭环境,孤独感和失落感往往陡增。

社区与居家养老相融合的养老模式是依据老年的经济状况、居住地点、养老需求、生活条件对养老资源进行划分,养老照料资源提供者由家庭扩展到社区,是将老年人自身、家庭、邻居、社区成员等都融入进来的养老模式。^[2]形成居家养老与社区养老融合的养老模式能够更好的解决这些问题,社区与居家融合养老模式在经济、文化、社会、服务等方面都具备明显优势。在经济层面,老年人入住养老机构的费用一般都不低,社区与居家融合养老模式节约了老年人住宿费用,在家庭和社区中使用养老设施也可以也有效减少养老经济成本。在文化层面,我国老年人仍旧保持传统的家庭养老观念,愿意在自身熟悉的环境中养老,社区与居家融合养老模式能够满足老年人的传统文化理念需求。在社会层面,社区与居家融合养老模式促进“4050”人员^[3]就业,在一定程度上增加了就业岗位、缓解弱势群体就业压力。在服务层面,老年人通过白天参与社区活动,实现养老照护等相关服务,晚上老年人回归家庭休息,同时还能享受家庭的天伦之乐。对于老年人的照料资源来自诸多方面,既包括子女、配偶也来自于社区、政府。通过服

[1] 耿永志.养老服务业发展研究:目标、差距及影响因素[J].湖南社会科学,2013(03):113-116.

[2] 王莉莉.中国居家养老政策发展历程分析[J].西北人口,2013,34(02):66-72.

[3] “4050 人员”是指处于劳动年龄段中女 40 岁以上、男 50 岁以上的,本人就业愿望迫切、但因自身就业条件较差、技能单一等原因,难以在劳动力市场竞争就业的劳动者。

务人员增加，在一定程度上缓解了老年人因家庭结构小型化带来的日常照料需求、精神慰藉需求无法满足的问题，社区人员、社区服务志愿者、邻居亲朋以及家庭成员都是老年人养老服务的提供者。融合养老模式，扩大老年人的生活活动范围，减少了老年人的孤独感，增加了老年人的社会参与性。所以，发展社区与居家融合养老模式是解决我国养老服务业现存问题的有效途径之一。

我国养老服务业的发展，从最初的国家匹配资源到现在的以市场化方式探索进行，各项服务都在逐步完善。打造居家为基础、社区与居家相结合的发展模式，同时在医养结合资源的获取上逐渐平衡，为老年人的精神养老提供保障和专业人员支持。虽然已取得一定的成就，但在养老化产业急剧发展的过程中还存在诸多问题，如服务功能不够完善、服务收费没有统一标准等，笔者在下一节将重点论述。

5.2 养老服务业新兴发展模式

目前，随着大数据、云计算、人工智能等新技术的迅猛发展，新科学技术革命正在对我国经济社会产生巨大影响，新兴科技正在对传统产业进行革命性的改造。在传统产业和新技术产业融合发展的同时，一部分产业消亡，但催生了一些新兴产业。新技术革命与养老服务模式融合，新技术在三种传统养老模式，即居家养老、社区养老、机构养老上融合发展，催生了智慧养老、互联网+养老、医养结合养老等养老模式的发展。

我国目前的养老模式主要分为三种主要模式，分别是居家养老、社区养老和机构养老。随着近几年养老服务业蓬勃发展，目前家庭养老+社会养老、社区养老+居家养老等模式逐步加大。我国最为传统的养老模式是家庭养老，家庭养老符合中国传统思想“养儿防老”的孝顺理念，也就是在家照看老年人，老年人在家庭中安享晚年，中国大多数家庭都采取这种养老模式。但是，随着经济条件的改善和工作区域的迁移性改变，更多的老年人需要家庭照料，精神慰藉等一系列服务，这样传统的家庭养老模式受到冲击，在住房情况和养老模式上也都有相应的转变，变为多种养老模式相互交织，互通互融、共同发展，催生了互联网+养老、智慧养老、医养结合养老。^[1]

^[1] 马光川.居家养老服务的双重困境及其突破[J].山东社会科学,2016(03):82-87.

社区养老模式和居家养老模式占比达97%以上，在新模式转型上，这种社区+居家新兴养老模式很受推崇，社区+居家养老模式又分为两种形式。一种是老年人白天去社区进行生活照料和精神娱乐服务，晚上回归家庭休息居住。既满足白天子女不在家的生活不便，又符合老年人晚上回家享受天伦之乐的传统心理，老年人在精神上和心理上都能受到很好的照顾。但是这种形式一般比较受益于健康老年人，对于出行不便，或有一定慢性疾病的老年人来说，往往采取另一种形式。既由社区照料间或者养老机构提供上门照料服务，采取的照料形式一般有助洁服务，洗衣、洗澡、剪发，或者读报服务等等。

根据2014年中国健康与养老追踪调查中18546份有效问卷，对老年人的生活习惯和生活方式进行了汇总。如表5.5所示，整理得到95%以上的老年人生活习惯都是每天回家，每周回家的老年人仅占到0.93%，另外4.07%为两周以上回家一次的老年人，不难看出大部分老年人还是更习惯于晚上住在自己家庭中进行养老。优点一是可以享受天伦之乐，二是在家居住费用也相应较少。

表 5.5 老年人回家住宿频率情况（单位：人、%）

	数量	比例%
每天回家	17618	95
每周回家	173	0.93
两周或者更久回家	755	4.07
总数	18546	100

数据来源：2014年中国健康与养老追踪调查追访问卷。

由服务人员上门服务的社区+居家养老模式主要针对半自理老人，但在发展上也存在一定的问题。例如上门服务人员的专业技术水平、健康水平参差不齐等。同时，还存在一系列风险，不仅是对照护老年人存在风险，还有更大一部分来自于对上门服务人员的保障风险，包括服务人员的人身安全、老年人突发状况处理、老年人自身的财产安全等。这些都需要法律逐步完善和健全予以保障，这样才有利于这种养老服务模式更好的发展。

机构养老模式在整个养老模式需求比例上虽然占比不高，但能满足不能自理老年人的照料需求。特别是有一些长期不能自理的老年人，必须提供专业化的医

疗设备和护理人员。^[1]机构养老既能缓解不能自理老年人家属的压力,也能解决对于医院慢性病患者床位紧张的压力。从我国的数据上看,尤其是在很多发达沿海地区,结合当地医院医保情况,对于机构养老的需求呈增长趋势。但是在我国多数地区,养老机构的入住率普遍偏低。^[2]一部分养老机构,由于地理位置、护理人员技术水平、设备情况和机构环境等因素,机构空床率特别高。另一方面,一些医疗条件、卫生条件比较好的养老机构,床位紧张,甚至等待空床排号到一百多张,这部分内容也在我国养老供需不匹配的现状中有所论述。所以养老机构整合,养老政策法规完善是解决这一问题的应对方案。

除了上述传统的养老模式,我国还存在很多新兴的养老模式,如保险养老社区模式、医养结合养老、候鸟式养老、旅游养老、跨境养老、金融养老、互联网养老等模式,但归其根本,都由这三种模式衍生而来。综上所述,目前我国多种养老需求并存,正向多元化的方向发展,本文后面将对新兴养老模式进行概述。

5.2.1 保险养老社区模式

保险养老社区模式在发达国家已经形成比较成熟的规模和体系,随着空巢老人数量递增,中国寿险公司开始投资养老社区,这符合市场高品质养老的需求,也为寿险公司增加了盈利渠道。目前,已有多家保险公司对不同的养老社区进行了投资,包括泰康人寿、合众人寿、中国人寿、中国太平等,比较有代表的是泰康人寿和合众人寿,在多地都有养老社区建设运营。^[3]虽然在管理理念和运营模式上都借鉴国外经验,但两者的产品定位有所不同,合众人寿定位于中产阶级,注重国内外联动发展;泰康人寿则定位于高端人群,注重保险与医疗、养老相结合,并且泰康人寿的市场规模为合众人寿的7倍,保费规模也远远大于合众人寿,所以在后面以泰康人寿为例进行探究。^[4]

2009年,中国保险监督管理委员会批准泰康人寿集团有限公司获得养老社区试点,这是中国金融行业第一个养老社区试点,也是金融行业与养老服务社区融入的初次探索尝试。^[5]2010年3月,泰康人寿集团成立了泰康之家投资有限公

[1] 霍雨慧.农村社会养老服务体系中的政府监管责任[J].人民论坛,2015(36):50-52.

[2] 戴卫东.长期护理保险:中国养老保障的理性选择[J].人口学刊,2016,38(02):72-81.

[3] 中国保险学会、梅山(中国)保险养老社区联盟联合课题组,姚庆海,李钢,冯占军,李连芬.中国保险养老社区发展研究报告[J].保险理论与实践,2017(10):1-32.

[4] 路宁宁.我国保险公司投资养老社区的困难及策略研究[D].河北大学,2014.

[5] 张恒辉.我国寿险公司投资养老社区研究[D].辽宁大学,2014.

司，从事养老社区的投资及运营。2012年，从北京开始建立泰康之家养老社区，2015年正式开园，随后在中国华北、华东、华中、华南、西南五个区域逐渐形成布局。目前，泰康之家已经发展成了连锁养老社区，覆盖了包括北京、上海、广州、成都、苏州、武汉、杭州、三亚、南昌、厦门、沈阳、长沙、南宁、合肥等十五个城市，并以城市特点命名养老社区，如北京泰康之家·燕园、上海泰康之家·申园、成都泰康之家·蜀园、三亚泰康之家·海棠湾度假村等等，为老年人实现跨区域养老提供了很多选择。

泰康之家目前提供约3.4万张养老床位，主要模式是以老年人养老为核心，通过养老保险的形式对老年人医疗保健进行实时对接。泰康之家引用的是美国太阳城的持续照料退休社区（CCRC）模式，这种养老概念由美国国际社区 ABHOW 建立，ABHOW 社区覆盖了美国华盛顿州、加利福尼亚州等 43 个养老社区。ABHOW 公司是泰康之家的社区运营建设顾问，建筑设计吸取了日本等发达国家智能养老经验，为老年人提供一体化的照护服务。

在医疗康复系统上，泰康之家对标美国德克萨斯州医学城，与同济医院合作共建泰康同济国际医院，目前燕园康复医院、申园康复医院、粤园医疗中心已经投入运营，医院为配套社区老年人的医疗保健提供保障。泰康之家采用分区管理，针对老年人的生活情况实行独立生活公寓、失能护理公寓以及失智护理公寓分区居住管理。

截止到2017年，泰康之家实现了盈亏平衡，2018年开始盈利。泰康之家通过“幸福有约综合养老计划”为老年人及子女实现投资养老。计划采取两种形式，一种是投保者一次性缴纳200-300万保费，费用用于老年时期入住养老社区及享受相应服务；另一种是缴费至少200万元，投保人参与分红，但入住养老社区的相关费用需要额外承担。^[1]另外，在年龄上对于入住社区的人群做了限制，男性60岁、女性55岁之前参与投保，超龄老人投保需要挂在子女名下。

寿险公司投资养老社区能够更好的满足中高端老年人养老需求，保险资金加入养老服务业有利于拓宽养老服务业发展渠道，通过长线保险资金建立高端养老社区，也能有利于投资公司获得长期稳定的资金收入。这种多元主体共同参与养老服务业，满足了高端人群长期的康复、投资、养老需求。但是，寿险投资养老

^[1] 张恒辉. 我国寿险公司投资养老社区研究[D].辽宁大学,2014.

企业需要注意的是可能存在缺乏护理、医疗以及运营方面的相关经验。

5.2.2 智慧养老模式

随着大数据、云计算等科学技术的融入，新兴养老模式涌现，智慧养老模式是以信息化的方式通过互联网、物联网，建立多渠道的立体化服务平台，联通居家养老、社区养老、机构养老，使老年人的生活更加高效化、快捷化、低成本化的养老模式。通过信息技术对养老服务资源进行整合，让老年人体验多方位、全时间、多领域的养老服务。在家庭结构小型化、社会竞争严峻、家庭照料资源可获得性降低的情况下，居家老人的养老需求通过智慧养老模式可以得到有效满足。通过智慧养老模式（一部手机、一个信息系统、一套感应设备）可以掌握老年人的所有信息情况，特别是对于空巢老人、失能老人，子女、社区志愿者、机构护理人员能够了解老年人的实时情况，更为便捷化。老年人的养老风险降低，生活安全化、人性化。

智慧养老模式联通了民生服务网、养老设备终端、企业电子服务平台、呼叫中心、养老服务热线、智能手机APP、微信公共平台等，使管理效率最大化，老年人服务最为便捷化。国家民政部门、社区服务平台、健康管理中心同时共享数据包括老年人的基本情况、健康情况、养老保障情况等。随着大数据时代的来临，智慧养老模式将成为养老服务行业的趋势。

5.2.3 互联网+养老模式

信息化时代早已来临，目前我国老年人，特别是在四十至六十岁年龄区间的老年人已经或多或少的学会了智能手机的使用。这个年龄阶段的老年人很多处于刚刚退休的状态，他们的子女又基本处于生育期，很多老年人与年轻人家庭居住不在一处，处于异地。由于生活压力，孙子女经常需要这部分老年人照看，这种需求迫使很多老年人都学会了使用智能手机上微信的图片功能、语音功能以及视频功能。^[1]通过走访也了解到，老年人经常通过微信阅读推送消息，且特别关注微信上养老保健以及运动养生内容，该群体也在逐步建立老年人的“朋友圈”。^[2]另一面，对于老年人来说，电子设备和互联网+的行式已经融入生活的方方面面，

^[1] 陈莉,卢芹,乔菁菁.智慧社区养老服务体系构建研究[J].人口学刊,2016,38(03):67-73.

^[2] 同春芬,汪连杰.“互联网+”时代居家养老服务的转型难点及优化路径[J].广西社会科学,2016(02):160-166.

医疗保健设备记步手环、心跳检测手环、家庭监控摄像头等都可以通过互联连接老年人或者子女的智能手机，从而实现对健康状况的管理和检测。^[1]

另外，我国当前电子信息平台已经与社区和养老机构联合，居住家庭和机构床位实现线上连接，一旦有需求，便可通过互联网迅速做出响应。我国也在逐步打造“智慧养老”的养老模式，通过家庭、社区、养老服务机构、家庭服务平台实现老年人需求实时对接。全面收集老年人健康信息、慢病情况、养老需求情况，为养老服务业的前瞻式研究起到基础数据支撑。同时，通过平台对社区内新生儿及居民进行统计，统计后随着年龄的增长可以在系统中直接变更为老年人档案，按照“分类建档、分层服务”的原则，减少了数据的二次收集。实现老年人养老服务需求与养老社区、养老机构、家政服务供给领域对接，实现老年人服务缴费、健康信息管理，实现老年人互联互通，实现失能、半自理老年人电子呼叫与监控设备实时连接。

5.2.4 医养结合养老模式

所谓医养结合养老模式，就是将医疗与老年人养老结合在一起。我国老年人慢病患病率很高，同时需要照护的长期患病老年人也很多，特别是老龄化进程加速，老年人口数量增加，老年人对医疗和养老的需求都在不断增加。推进医养结合，构建居家养老与医疗相互融合的服务模式；鼓励医院增加与养老院之间的双向绿色通道；引导综合医院专业医生对定点养老机构进行疾病监控和用药指导；支持综合医院专业医生在社会开展疾病知识讲座、健康管理系统学习；建立养老服务机构与医疗、国医堂馆、社区服务中心、养生机构长期稳定的契约合作关系。通过医疗资源整合，更好的为老年人进行养老服务。省医保、市医保、农村合作医疗与我国相对应社区机构的衔接与融合是我国医养结合养老模式发展的关键，这可以从根本上减少老年人看病的经济负担。^[2]在第六章我国养老服务业的重点领域分析中会针对这部分内容将重点论述，在本小结笔者将不再赘述。

^[1] Bloom D E, Chatterji S, Kowal P, et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses.[J]. Lancet, 2015, 385(9968):649-657.

^[2] 温海红,张永春,文成.陕西省城镇社区养老服务现状分析及其体系构建——基于西安市的调查分析[J].西北大学学报(哲学社会科学版),2013,43(05):134-139.

5.2.5 候鸟式养老模式

我国地大物博、资源丰富，有丰富的旅游资源，并且我国地域特点存在南北方气候差异。例如在我国的北方地区，冬天天寒地冻、零下二十甚至三十度的低温，对于很多老年人来说，冰雪造成的湿滑严寒天气不适合老年人出行。这种情况下，老年人可以去以海南省为代表的南方地区养老，可以放松心情。同时，对于南方夏天高温炎热天气，南方老年人可以在夏天去相对来说不太炎热的北方避暑，这样的养老方式可以实现优势互补。

目前我国有部分机构已经开始尝试候鸟式养老模式，有的是以社区公寓的形式，有的是以连锁养老院季节变化交叉地点养老的形式，同时还有养老机构联合老年人旅游的形式。既满足了老年人的文化精神需求，又增加了老年人的乐趣，当前很多养老机构都在积极探索“旅游养老”、“景区养老”、“生态养老”、“田园养老”、“休闲养老”、“候鸟式养老”等新型养老方式。

但这些养老方式如何与社区、居家养老，以及我国的医疗体系有机结合是其走向真正成熟的关键。例如，我国的医疗保障，对于候鸟式老年人如何实现异地医保支付和护理人员的陪护等问题，还有在旅游过程中老年人人身出现伤害的法律问题。这都需要我国医疗和法律相关部门给予逐步完善，从而对候鸟式养老模式的再发展提供保障。

5.2.6 以房养老模式

以房养老模式由发达国家的养老地产衍生而来，老年人选择养老地产模式的主要原因有以下几个方面。首先，老年人最看重的是地产社区或者周边配备的医疗资源，是否配备优质的医疗人员和先进的医疗设备，能否享受到良好的护理和医疗服务。第二，是老年人能得到什么其他服务，安全保障服务、居家照料服务等。第三方面原因是养老社区的轻松环境和活动参与。由于养老地产的价格，在很大程度上将经济水平不同的人群进行了分类，保证了经济水平相当的老年人在价值观和沟通相处中几乎处在同一水平，能够进行更和谐的社交。

但是，在我国养老地产进入了一个尴尬的境地，本来房地产商在中国就经常被贴上一些负面标签，再加上很多房地产商利用国家对养老服务业的优惠政策，在老年床位和社区补贴上大下功夫，将剩下来的资金用于其他房地产项目的投资

上，而规划的养老社区仅仅成为了摆设，入住率极低甚至为零。也可以说成为了部分房地产商减免一部分相应税款的手段，导致我国养老地产发展缓慢。所以如何更好的满足我国老年人对于养老地产的需求，实现电子信息化平台、医疗护理平台、社区照料平台与养老地产真正意义上的结合，以规避不良地产商在养老地产服务业建设上的不良手段，成为我国养老地产发展突破瓶颈的条件。

除了以上的新兴养老模式类型，还有旅游养老、金融养老等养老模式，各个企业对于养老模式的命名方式也都不一样。但笔者认为从整体上讲主要分为五个大类别，即与新科学技术融合发展；与医疗融合发展；与休闲旅游融合发展；与老年人精神赡养融合发展；与金融融合发展。催生新兴养老服务业新模式，归其根本是这些模式都涉及了方方面面不同的领域，如何将这些领域与居家、社区+机构养老有机的融合，是实现养老服务业和其他行业共同双赢发展的机遇和挑战。

5.3 养老服务业发展存在的问题

人口老龄化必将伴随着整个21世纪，我国近几年发展养老服务业力度较大，成效也很显著，但在总体上仍然属于初步发展阶段，加快发展养老服务业，满足全社会老年人日益增长的多元化需求已经势在必行。“社会福利社会化”政策实施，政府、企业、社区、家庭和各種组织都在积极参与并探索养老服务业，正逐步向市场化和产业化的方向发展。经过几年的探索，虽然取得一定的阶段性成果，但就需求来说，还难以满足，并且，养老服务业发展严重滞后于巨大且快速增长的老年消费群体需求，与全方位、多样化、高效率的服务需求相比，更是存在多方差距。这其中存在的主要问题包括供需不匹配，核心服务功能定位不准确，机制与制度不完善等，下文将逐一展开论述。

5.3.1 养老服务业供需不匹配

针对老年人各种各样的需求形式，目前市场的供给远不能满足。特别是在涉及医疗相关的养老领域，随着老年人生活自理能力下降，老年人患有慢性病概率增加，或者说是由于患有慢性病的老年人更容易导致其生活自理能力水平不足，

老年人生活自理能力下降与慢性病通常情况下是并发的。^[1]供需不匹配表现在养老的很多方面，在医疗资源、在公共服务供给、在精神需求以及老年就业等诸多方面都有所表现。

在慢性病诊断和长期照料上，目前我国的供给状况远不能满足需求。在医疗资源上，虽然我国已实施分级诊疗、药品零差异，但是技术水平高的医生和先进设备还是集中在发达城市。医疗资源分配不均问题仍十分严重，仍存在百姓“看病难”的问题。

首先，在长期照护上是我国现存照料床位数与所需不匹配。很多养老机构由于地理位置、资源配备等原因空床率相当高，缺少有效资源整合，而一部分设备资源相对完善的养老机构入住供不应求。截止2016末，我国每千名老年人拥有养老床位31.60张，而发达国家达到了50-70张，我国远低于发达国家的水平。

表 5.6 2016 年我国各省、直辖市及自治区社会服务综合指数（单位：%）

省份	供给指数	省份	供给指数
北 京	230.5	宁 夏	95.3
江 苏	154.7	湖 南	93.9
上 海	151.5	云 南	90.8
浙 江	150.6	黑 龙 江	88.4
广 东	131.5	海 南	86.8
天 津	118.8	甘 肃	84.9
湖 北	106.4	广 西	83.3
重 庆	106.3	河 北	83.2
贵 州	104.1	吉 林	81.7
安 徽	103.3	江 西	69.9
辽 宁	102.5	河 南	69.4
福 建	101.7	新 疆	69.2
内 蒙 古	99.9	山 西	68.6
陕 西	99.8	青 海	47.6
山 东	99.3	西 藏	12.3
四 川	97.8		

数据来源：2017 年中国民政统计年鉴。

社会服务综合指数包括每万人社会服务机构和设施数、社会服务中心服务

^[1] 张乃仁.社会化养老服务体系建设研究综述[J].南阳师范学院学报,2013,12(04):6-12.

率、社会组织数、城市和农村低保平均标准等，能够在一定程度上反映我国各省份的养老服务水平。我国养老公共服务供给指数为100%，分析各地区养老公共服务供给指数，不同省份及直辖市之间的社会服务水平存在差异。12个省份及直辖市的养老服务供给能力水平高于全国，最高的是北京230.5%，最低的是西藏，仅为12.3%，公共服务供给水平参差不齐。其中，北京市、江苏省、上海市、浙江省的社会服务水平超过了150%，老龄化程度严峻的重庆市为106.3%，而吉林省的服务供给能力水平只有81.7%，低于全国水平十九点三个百分点。

在老年人精神需求、社会参与以及心理健康照料上，供需不匹配现象也很严峻。我国大部分老年人在精神慰藉上有或多或少存在部分缺失，这与我国精神建设息息相关。特别是很多乡镇老年人，生活照料尚未得到解决，更不要讲精神层面需求。但是在西方发达国家，精神层面照料在很大程度上能够帮助老年人养老健康发展。国家、政府、机构对于心理问题虽然已足够重视，但是从事心理健康问题的专业人员与其他行业人员相比还是少之又少，所以目前我国严重缺失心理健康专业从业人员。

在老年就业上，老年人力资源开发情况也不容乐观，受到法制和传统思想限制，很多子女由于担心老年人身体健康状况，往往导致老年人再就业发展缓慢。有再就业需求的老年人，由于国家法律法规政策限制，找不到合理又正确的老年人才储备就业机构。有一些迫切希望就业的老年人更是存在虚报年龄、谎报身体状况的情况，工作中一旦有紧急情况发生也没有很好地解决方案和法律保障，这使用人机构在老年人再就业上存在一定的排斥心理。这种矛盾也在一定程度上加大了老年人再就业供需不匹配的现状。

5.3.2 养老服务业核心服务功能定位不准

社区的很多养老服务工作主要依托于政府，但政府投资资金有限，导致服务功能不完善。同时，由于资源和资金有限，有些区域根本无法覆盖，一些核心服务功能也定位不准确。居家、社区养老是符合现阶段我国国情以及大多数老年人意愿的一种养老方式，虽然很多城市都已实施社区居家养老服务站全覆盖，部分社区还建设了日间照料中心，但绝大多数社区养老设施的服务功能并没有发挥出来，也没有真正把老年人需求与社会组织提供服务对接起来。社区未登记运营的

小型养老机构管理瓶颈一直没有得到突破,安全隐患突出,此外,农村居家养老服务往往形式单一且覆盖面很小。

对于核心功能的定位往往需要专业养老人员配合,目前养老服务人员严重不足且素质偏低,我国养老服务业虽然快速发展,但仍处于粗放型发展阶段,养老服务机构和服务专业化水平较低。一是养老服务人员严重不足。我国入住机构老年人与养老护理员的比例目前为12:1,养老服务人员缺口相当大。^[1]二是养老服务人员素质普遍偏低。目前养老护理员多是下岗失业、进城务工、城乡低保户或边缘户人员,这些人员年龄偏大、素质偏低,缺乏基本的护理知识和专业技能。三是养老护理人员工资待遇太低。导致专业人才匮乏,养老服务缺乏专业化。这些养老护理人员素质和整体水平的改善会为我国养老服务建设带来新的生机。

5.3.3 养老服务业的发展机制与扶持政策不完善

我国养老服务业的发展机制和扶持制度还不完善。在欧美一些发达国家,已经建立了全面的老年照料评估体系,其中包括老年人、养老机构的评估,这样更利于找到针对个体的、适合老年人的养老方式,而现阶段我国老年照料体系尚缺乏具体的评估标准。

另外,养老政策碎片化,缺少有效整合。^[2]目前全国各地都在大力发展养老服务产业,也相应的出台了一些国家层面以及地方层面的具体政策,但针对养老服务产业发展,各政策呈现出碎片化的发展态势,不仅缺少政策间的一致性与协调性,还缺乏政策的真实性和时效性,严重制约了养老服务产业的规范化发展。^[3]例如各试点城市对于“长期护理保险”的名称和方案都不太一致。^[4]涉及养老服务工作的政府部门包括民政、商务、发改委、社保、医保等,存在部门间政策交叉、重叠的现象,造成了政策碎片化的局面。

5.3.4 农村家庭老年照护体系不足

在家庭照护资源的获得上,不同年龄阶段的老年人家庭照护服务资源获得情

^[1] 张娜,苏群.农村老年人居住意愿与社会养老服务体系构建研究[J].南京农业大学学报(社会科学版),2014,14(06):62-69.

^[2] 倪东生,张艳芳.养老服务供求失衡背景下中国政府购买养老服务政策研究[J].中央财经大学学报,2015(11):3-13.

^[3] 吕国营,韩丽.中国长期护理保险的制度选择[J].财政研究,2014(08):69-71.

^[4] 戴卫东.长期护理保险制度理论与模式构建[J].人民论坛,2011(29):31-34.

况存在差异性。^[1]特别是农村老年人，大部分子女都选择去城市打工，老年人留在农村务农或者在家养老，家庭照料资源获取存在差异。在家庭照料角色中，配偶是家庭老年照料主体，在老年人家庭照护体系中起到重要作用。在城乡差异上，城市中有配偶老年人的比例高于农村老年人，所以城市老年人的照料资源获得相对容易，而农村老年人家庭照护资源获得程度低。

另外，农村失能老人、半自理老人比例大，子女不在身边的农村老年人数量多，老年人身体状况一般。农村的医疗卫生条件相对没有城市好，医疗设备没有城市齐全，医疗水平也没有城市高，所以，农村老年人依靠家庭实现照护的比例更高。但由于我国长期实行计生政策，导致家庭结构发生转变，家庭人口规模不断缩小，家庭的养老功能、照顾功能日趋弱化，难以形成家庭照护，家庭照护体系明显存在不足，农村社会照护体系不健全现象严重。[2]

5.3.5 养老服务专业照护人员短缺

养老服务专业照护人员存在短缺，护理员供需不匹配情况明显，对于失能老人、半自理老人护理员需求程度更大。但是，目前养老护理员没有形成统一的从业资格标准和服务标准，市场上大多是“4050”人员，从事养老护理的相应人员整体素质普遍不高，没有专业的护理技能，更缺少多元化、精细化的服务意识。

并且在人员建设上，健全养老服务培训标准的需求越来越明显。养老专业服务护理中，缺少对于护理人员护理知识、专业技能、服务态度的系统培训。缺少多角度、多深度的人员激励政策，有效鼓励更多人员从事养老护理工作。还缺少专业养老服务培训机构、缺失细致化的养老相关学科建设和培训、缺少养老照护与其他行业融合的相关人才建设。同时，老年人属于易敏感人群，特别是老年人退休后，退出原来社会工作舞台，容易形成孤独感、不安全感、不幸福感等情绪，缺少相应专业人员梳理老年人的不良情绪，解决老年人的心理问题。

总的来说，我国目前没有建立统一的养老标准，体系不健全；养老的各种资源都存在供需不匹配的现象；服务模式单一化；政策碎片化；健康管理以及精神慰藉内容不健全。

[1] 王增文.农村老年人口对养老服务供给主体的社会认同度研究——基于宗族网络与农村养老服务政策的比较[J].中国行政管理,2015(10):124-128.

[2] 黄俊辉,李放,赵光.农村社会养老服务需求评估——基于江苏 1051 名农村老人的问卷调查[J].中国农村观察,2014(04):29-41.

本章主要论述我国养老服务业的发展背景、供给现状、现存主要问题以及新兴发展模式。从改革开放以来,我国已从福利为主阶段发展到社会服务阶段,再到产业起步阶段,正在逐步探索并且完善养老服务业。我国60岁及以上老年人口数量加剧,对于养老服务需求加剧,我国供需不匹配现象严重。我国养老服务业发展从最初国家匹配福利资源到如今多种模式探索发展,各项服务方式都在逐步完善,社区养老模式与居家养老模式融合逐渐发展,在医养结合资源获取上逐渐平衡,在国家制度和老年人精神保障方面也逐渐完善。以国家政策为依托,发展医养结合下的养老服务业也成为未来十五年发展重点,加强社区、养老院与三甲医院、城镇医院、卫生所融合发展,转变老年人疾病防范意识和体检意识,提高“患病就医”到“疾病防范”的意识转变速度。目前,我国也存在很多新兴养老模式,如医养结合养老、候鸟式养老、旅游养老、跨境养老、金融养老、互联网养老等,养老行业与其他行业融合是未来整体发展趋势。但是,在养老化产业急剧发展的过程中还存在诸多问题,如服务功能不够完善、服务收费没有统一标准、没有建立养老服务体系、政策相对碎片化、健康管理以及精神慰藉内容不健全等等,所以,建立统一的养老服务体系标准是解决养老问题的根本之策。

第6章 我国养老服务业发展新趋势及重点领域分析

我国养老模式呈现“9073”结构，即居家养老、社区养老、机构养老的比例分别为90%、7%、3%。老年人在服务方式上向着多元化、精细化的方向发展；在养老模式上，向着居家+社区一体化的方向融合发展；在行业展望上，向着与其他行业融合发展的方向发展；在行业内容上，向着与大健康领域融合发展。老龄化加剧，家庭结构小型化日趋严重，社区与居家融合的养老模式更能满足老年人日常照料、医疗保健、精神慰藉等多元化需求。我国老年人对医疗护理需求日益加剧，走“医养结合”养老之路是中国养老和医疗相互推进的必然选择。本文结合老年人养老需求结构，从社区+居家融合养老服务业、医疗保健养老服务业以及社会参与养老服务业三个重点领域探讨养老服务模式的现状及存在问题。

6.1 我国养老服务业发展趋势

养老服务业新兴发展模式多种多样，与之相关的有金融、互联网、地产、旅游、餐饮、医疗、卫生、保健用品等诸多产业，养老服务业与其他行业融合发展是未来的趋势。居家与社区养老模式融合发展能缓解未来人口老龄化加剧下供需短缺的局面，能在一定程度上实现资源最大化利用。在居家与社区养老模式融合发展的同时，老年人需求也向着多元化方向发展。在十九大工作报告中，习近平总书记已将发展医养结合养老服务列为其中内容。在发展“健康中国2030”大背景下，实现健康中国与健康老龄化融合发展是未来的发展趋势。

6.1.1 养老服务业与其他行业融合发展

养老服务业覆盖方面极为广泛，与其他领域相互交织融合发展也成为未来的趋势。以市场化方式发展养老服务业不仅是国家层面对于养老服务业发展的探索，也是未来带动整个养老服务产业链的发展方向。在养老服务产业着力推进PPP（Public Private Partnership）模式应用，是一种政府与民间资本全程合作的合作方式，两者之间风险共同承担，利益共同享受。同时，政府减少企业风险，企业减缓政府财政压力，这种模式有利于实现利益最大化，形成政府、企业双赢局

面。探索以基金管理方式运用政府投资,使其逐步与金融资本相结合,发挥撬动社会资本的杠杆作用。探索连锁性质的养老模式,与金融、互联网、医疗、地产等诸多领域联合发展新趋势,培育优秀养老服务业企业。

6.1.2 社区与居家养老模式融合发展

我国发展历程上也在逐渐走社区和居家养老模式相结合的道路。在1983年,中国第八次民政工作会议中就提出了养老服务的多方参与体融合发展方向。随后,提出国家占养老服务的主渠道、导向作用,鼓励社区、家庭、企业、多方社会力量共同参与。通过政府和政策指引,融合社会力量参与到养老事业中去。在2007年第十二次全国民政会议中提出:“提高孤老供养标准,推进养老服务社会化,开展居家养老服务,实施‘星光计划’^[1],各类老年福利服务设施不断发展。”^[2]过去我国养老服务业发展主体是家庭,随着社会进步已经迈向多元化发展方向,形成以居家为基础、社区为依托、机构养老为补充的发展模式。我国养老方式受经济化发展的不断影响,影响因素多种多样,特别是就业环境、住房条件以及家庭结构小型化等因素。未来,在养老方式选择上,除了不能自理老人,社区与居家融合的养老模式是城市老年人养老模式的优化选择。社区与居家养老融合的养老模式无论在经济角度,还是观念角度,都能更好的满足健康老年人实际养老需求。

6.1.3 健康老龄化融入养老服务业

2016年8月26日,中共中央政治局召开会议,审批通过了“健康中国2030”规划纲要。在纲要中,习总书记明确指出以发展健康产业为重点,此纲要将是今后15年推进健康中国建设的行动纲领。养老服务业发展与中国人民健康和医疗息息相关,在发展养老服务业的同时,必须保证以国家“健康中国2030”规划纲要相匹配,发展大健康事业也是我国刚性需求。在纲要中指出了我国健康领域改革发展方向,提出提高人民健康为核心,坚持正确的卫生与健康工作方针,把健康融入所有政策,以发展健康产业为重点,全方位、全周期保障人民健康,大幅提高健

^[1] 星光计划:上海市从2004年开始,为推进中等职业教育的改革与发展,培养知识型技能人才,由上海市教育委员会和上海市劳动和社会保障局在中等职业学校中实施“星光计划”,每二年举办一次。

^[2] 回良玉. 深入学习贯彻党的十六届六中全会精神充分发挥民政在构建和谐社会中的重要基础作用——在第十二次全国民政会议上的讲话[J]. 中国民政, 2006(12):7-14.

康水平，显著改善健康公平。^[1]

在疾病的治疗上，“健康中国2030”纲要上也提到把中医药作为我国独特的卫生资源与经济资源，其在经济社会发展中发挥着重要作用。随着中国经济水平发展和人口在世界范围内的广泛覆盖，祖国医学在世界上也逐渐得到了认可。中医药已经传播到183个国家和地区，在老年人疾病治疗上，更是提倡中西医结合治疗，特别是在老年人养生保健上，中医养生和中医疗法更是得到了90%以上的老年人认可。随着我国老年人健康意识转变、医疗保健需求上升，大健康行业蓬勃发展，老年人对于中医理念越来越认可，对中药需求越来越大，对于中医相关保健与治疗项目越来越关注，趋于形成了医疗、保健、科研、教育、产业、文化整体发展新格局。尽管目前中医药的发展还有很多不足，但是很多医药企业都在战略上开发养老机构和中医药养老保健产品，并且已有初步成果。中医养生同养老服务业相结合发展是未来养老发展的新亮点，也是中医药走向世界，参与国际竞争的崭新突破方向。

会议同时还强调了健康管理的内容，要充分发挥健康管理作用。健康管理概念最早由美国等发达国家提出，发展已有近30年的历史，但在中国还是全新的事业。健康管理可以引导人们对疾病有正确的认识，指导人们有效解决疾病困扰，远离亚健康状态，将工作重心放在健康教育和预防上，达到节约社会资源、提高人们生活质量的的目的。在老年问题上，健康管理显得尤为重要，受我国过去经济发展水平影响，特别是60岁及以上老年人，由于没有体检意识，在疾病上的观念是“患病就医”，这很大程度上加剧了疾病发展程度，往往导致老年人去看病就是大病重病，再者看病难、看病贵等问题也出现恶性循环。

另一方面，老年人患病具有慢病种类较多、病情较复杂且康复时间慢等特点，实施健康管理，对老年人精神层面和体质层面进行双向管理，更有利于医养结合养老服务业发展。再一方面，提高医疗和护理人员从业人员素质和专业技术水平，增加看病效率，从而侧面节省医疗和养老相关费用，使老年人获得更好的健康生活。同时，健康管理能够加快提高国民享有健康的生活方式，减少疾病发生几率，在一定程度上缓解国内紧张的医患矛盾，实现经济效益与社会效益双赢。

整体上，我国养老服务业必将向着服务方式多元化、精细化方向发展；在养

^[1] 中共中央、国务院.“健康中国 2030”规划纲要[EB/OL].(2016-10-25)[2017-12-2].
http://www.xinhuanet.com/health/2016-10/25/c_1119786029.htm.

老模式上,向着居家与社区模式融合一体化发展;在行业展望上,向着与其他行业交织化发展;在行业内容上,向着与大健康领域融合发展。发展社区与居家融合领域、医养结合领域、老年人社会参与领域是未来我国养老服务业的重点方向。

6.2 社区居家融合的养老服务业

我国97%以上的老年人在养老模式上都选择了居家养老或社区养老,其中居家养老占90%,另外7%为社区养老。^[1]居家依托于社区、社区又依赖于居家,社区与居家融合的养老模式是我国养老服务业发展的新趋势。社区居家服务不仅包括社区照料,还包括社区向市场购买的养老服务,这其中以上门服务和社区日托为主要形式,以完善的社区养老设施为载体,并引入养老机构专业化服务为支撑。以家庭为中心,以社区为依托,以老年人生活照料、维权服务、精神慰藉、医疗保健、文化娱乐、社会参与、自我价值实现为主要内容。^[2]这种以居家为中心、社区为依托、机构专业化服务为支撑的社区养老服务理念是以人为本、以老年人的需求为导向的,是政府、家庭、市场、社区四位一体的养老模式,是能够促进社会和谐、市场繁荣的养老服务发展方向。^[3]

受传统文化影响深远的中国老年人,普遍希望在舒适化、人性化的家庭环境中安享晚年。从我国养老方式的调查资料中发现,居家养老方式占到90%,社区养老方式仅占7%,社会观念普遍认为去养老院养老的老年人多为没儿没女,或者儿女不孝。从传统文化角度来看,养老院缺乏“家”的感觉,本文通过对养老机构管理者和老年人进行深入走访发现有一部分老年人觉得长期在养老院生活有一种“坐牢”的感觉,十分想念家庭的温暖。虽然随着社会和经济的发展,这种观念会逐步转变,但是这需要一个逐渐发展、逐步转变的过程。特别是在我国老龄化加剧、我国老年人健康状况一般、家庭架构小型化、青年人生活节奏过快导致无暇照料老年人、半自理及不能自理老年人增加的情况下,服务功能必将外移。^[4]

因此,老年人在自己家中居住从而充分利用社区养老服务,是结合我国当前

[1] 李长远.“互联网+”在社区居家养老服务中应用的问题及对策[J].北京邮电大学学报(社会科学版),2016,18(05):67-73.

[2] 田北海,王彩云.城乡老年人社会养老服务需求特征及其影响因素——基于对家庭养老替代机制的分析[J].中国农村观察,2014(04):2-17+95.

[3] 肖云,杨光辉.我国社区居家养老服务人员队伍结构优化研究——以564名社区居家养老服务人员为例[J].西北人口,2013,34(06):95-99.

[4] 修宏方.社区服务支持下的居家养老服务研究[D].南开大学,2013.

形势和实际情况的最好选择。部分老年人认为在外居住的社区养老模式不符合我国“落叶归根”的传统思想,而社区与居家相融合的养老模式满足了老年人的双重需求。^[1]从经济学的角度来看,居家养老保留了家庭生活物资资源,如住房和生活设备,而社区提供了活动设施和相关服务,与机构养老相比,投入成本较少、收费较低、见效更快。再从心理学的角度来看,社区是老年人熟悉的环境,日常的社交网络和兴趣爱好都得以保留,比养老院将相互间不熟悉的老年人安排在一起生活要更容易被老年人接受。在社区发展层面,社区和居家融合的养老服务模式可以提供更多的就业机会和就业岗位,从而增加居民收入,这有利于社会的稳定发展,对我国的和谐社会建设也能起到一定的作用。

在服务功能上,社区日间照料和上门照料服务能够解决老年人的子女由于工作原因,白天不能在家,或者长时间不在家所导致的老年人无人照料的问题。增强社区养老服务能力,打造居家养老服务平台也是我国养老服务业发展的重要策略。倡导志愿者组织开展同老年人的互帮互助等活动、鼓励多元化人群参与社区养老服务建设,以满足老年人的社会参与需求。将日间照料养老床位和短期托养养老床位分开是实行养老区域分化管理的体现,在日间照料间中成立棋牌社、书画社等组织,使老年人能在活动中交朋友、聊天,能够减轻老年人的孤独感。社区服务弥补了空巢家庭、独居家庭、以及正常家庭不同程度的养老功能不足,社区与居家融合的养老模式满足了老年人对照料服务和亲人归属的双重需要,对整个家庭养老起到支撑作用。^[2]

总的来说,社区和居家融合的养老模式补充了传统养老模式的缺失,在养老服务业发展中起到核心作用,同时也是创造就业岗位、推动经济增长的重要举措,对于合理分配养老资源、提高老年人生活质量都具有重要意义。^[3]

6.2.1 社区居家融合的养老发展服务业现状

根据2013年中国健康与养老数据,整理出了老年人从子女处得到经济帮助的情况以及子女对老年人提供日常照料的情况,并对其进行了分析。我国老年人收入的主要来源是子女的家庭供养,表6.1主要反映了子女对老年人经济供养的程

^[1] 章晓懿.城市社区居家养老服务质量研究[D].江苏大学,2012.

^[2] 王莉莉.中国城市地区机构养老服务业发展分析[J].人口学刊,2014,36(04):83-92.

^[3] 童星.发展社区居家养老服务以应对老龄化[J].探索与争鸣,2015(08):69-72.

度，在孩子数量上，其中最少的是一个孩子，最多的是十一个孩子。通过整理可以看出，独生子女向老年人提供的平均经济供养要多一些，达到1280.4元。在5247份有效样本中，一年的经济供养中最大的供养金额是60000元整；最小的是零；且在每一个组中都存在子女不对父母进行经济供养的情况。综合考虑所有因素，按照一个子女进行计算，经济供养的均值是713.7元。但现在机构养老的最低费用也需要1500元一个月，比子女经济供养的均值高了一倍以上，而子女经济供养又是目前老年人的主要经济来源，这也就是说，老年人只靠子女的经济供养不足以达到优质生活水平，还需要依靠养老金或者各级政府以及社区发放的补贴。通过居家和社区融合的方式，政府和社区能够代为承担一部分养老费用，这样部分子女不提供经济供养，不足以维持养老生活的老年人在社区和政府的关怀下能够保障基本养老需求。^[1]

表 6.1 子女对老年人的经济供养情况（单位：元）

孩子个数	平均值	最小值	最大值	有效样本量
1	1280.4	0	60,000.00	5,247
2	1,292.70	0	500,000.00	6,720
3	945.5	0	150,000.00	4,579
4	698.5	0	80,000.00	2,625
5	504.4	0	60,000.00	1,324
6	364.2	0	12,000.00	590
7	462.9	0	20,000.00	247
8	507.5	0	10,000.00	105
9	563.3	0	7,500.00	45
10	547.9	0	5,000.00	24
11	683.3	0	2,400.00	6
平均值	713.7	0	82445.5	-

数据来源：2014年中国健康与养老追踪调查。

注：此表中的经济供养（年）来自于不与老年人共同居住的子女。

除了经济上，再看居家老年人获取的照料资源方面。如表6.2反映的是一年内访问对象或者其配偶有没有在日常活动（或其他活动）方面给父母或配偶的父母提供照料服务。^[2]这里的照料服务包括家务劳动，出行，购物和财务管理等。数据显示，有照料服务的只占37.15%，没有照料服务的达到了62.85%。所以，单纯依靠家庭成员来实现对老年人的居家照料难度很大，如何将这部分照料缺失

^[1] 王莉莉.基于“服务链”理论的居家养老服务需求、供给与利用研究[J].人口学刊,2013,35(02):49-59.

^[2] 曹煜玲.我国老年人的照护需求与服务人员供给分析——基于对大连和南通的实证研究[J].人口学刊,2014,36(03):41-51.

的需求对接到社区具有重要意义。

表 6.2 子女对老年人提供照料服务情况

是否有提供照料服务	数量	占比
有	1,084	37.15
没有	1,834	62.85
总计	2,918	100

数据来源：2014年中国健康与养老追踪调查

无论从经济上还是从日常照料上，都反映出目前我国老年人的居家社区养老情况并不理想。我国各省市目前已经在大力发展社区和居家相融合的养老模式，这种模式能够更好的实现养老资源的有效利用。^[1]但是在具体实施过程中，还存在很多不完善的地方，例如老年人对于社区服务的内容不够了解，服务内容不够细致，社区服务人员服务的服务水平参差不齐等。

6.2.2 社区居家养老服务业问题

在国家政策的大力支持下，我国社区与居家融合养老服务业近几年建设力度加大，也取得了一定的成效。但社区与居家融合养老服务开展较晚，现仍旧处于初级阶段，面临的问题和挑战还有很多。例如社区居家养老的供需之间存在矛盾，社区居家养老服务覆盖面较窄、服务内容不全面，社区服务人员缺乏专业技能训练、社区服务人员整体素质和水平不高，社区居家养老服务缺乏监督管理、缺乏统一的监管机制等。

6.2.2.1 社区居家养老供需矛盾

社区居家养老存在着较为明显的供需矛盾，为了给管辖范围内的老年人提供餐食服务和日间照料服务，一般的社区都配备有居家养老服务站。但是，本文根据对部分社区服务站的走访调查发现，日间照料室利用率极低，很多居家养老服务站环境都很好，但是却大量闲置，未能发现就餐的老年人，这造成了资源的极大浪费。^[2]本文认为，导致这种现象出现的原因主要是老年人接受养老服务的观念尚未形成，并且老年人的信息获取能力较低，如果宣传力度不足，老年人获取相关信息将会更难。

^[1] 史薇,谢宇.城市老年人对居家养老服务提供主体的选择及影响因素——基于福利多元主义视角的研究[J].西北人口,2015,36(01):48-54.

^[2] 章晓懿,梅强.社区居家养老服务绩效评估指标体系研究[J].统计与决策,2012(24):73-75.

另一方面,在走访中还发现老年人对医疗资源有很大需求。例如,有的社区配有医疗站为老年人提供免费测量血压的服务,但这里一般只配备一个测量人员,由于要逐个测量,经常需要长时间排队和等候。这说明老年人对于社区的医疗服务和医疗服务人员的需求很大。因此,应该着力了解老年人在社区居家模式下的具体需求才能实现真正意义上的供需匹配,从而解决需求多的服务供不应求、需求少的服务资源浪费的问题。

6.2.2.2 社区居家养老服务覆盖面较窄

目前,社区的养老服务主要来源于政府向社会养老服务机构直接购买的服务和各级政府对社区发放的补贴,但我国老年人口众多,养老资金存在缺口,养老服务的覆盖范围还较小。老年人接受社区养老服务的方式多为参加社区组织的文体娱乐活动,对于上门服务这种方式接受度较低,并且老年人购买服务的意识也不强,“花钱买服务”的观念也尚未形成,在这种状况下很难形成养老服务的规模效应和养老服务市场。^[1]

6.2.2.3 社区居家养老服务人员专业水平不高

现在居家社区养老服务工作基本都是由社区工作人员负责的,但社区还承担着大量行政性工作,由于每个社区管辖范围较广,常住人口与社区工作人员比超过了1000比1,社区工作人员严重短缺,根本无法满足养老服务的需求。社区工作人员长期处于超负荷工作状态,这导致养老工作的开展只能一再推迟,这样一来,由于过度疲劳,在面对老年人时态度往往不够热情,老年人受到社区工作人员服务态度不佳的影响,参与养老服务的热情也会下降。

另一方面,考虑到社区服务人员较少,一些发展较好的社区依托于家政服务公司,对低保老人、五保老人开展助衣助洁、上门送餐等服务。但考虑到经济效益因素,家政企业招聘的员工普遍素质偏低,专业技术水平不高。养老服务人员教育水平和知识储备普遍不高,招聘的护理人员多为农民工或下岗失业人员,且40-50岁人员居多,女性居多,没有经过专业技术培训的人员居多。这些人群的主要缺点是缺乏专业护理知识,无法达到专业护理水平。因此,在增加社区服务人员的同时,通过引入专业养老护理机构以提高我国养老服务专业技术人员的综合素质也是发展社区居家养老服务的关键。

^[1] 章晓懿.政府购买养老服务模式研究:基于与民间组织合作的视角[J].中国行政管理,2012(12):48-51.

6.2.2.4 社区居家养老服务缺乏监督管理

养老服务涉及的相关部门较多,很多国家都有专门的养老管理部门,而我国目前还没有成立这样的部门,这就导致多个部门的职能互相交织,存在政策出台缓慢以及政策执行延后的现象。^[1]例如,我国的老龄委是协调机构,不是职能部门,而老龄办作为老龄委的办事机构,对老龄委各成员组织没有监管权限,很难进行综合协调,无法进行督促检查,从而导致一些工作难以落实到位。^[2]另外,养老服务标准缺乏统一规范,例如经费投入、人员配备、服务内容和要求、人员专业化水平等,均没有统一的标准,无法进行评估和监督。对社区养老服务也缺乏相应的标准和规范,例如义工和志愿者的参与、社会工作的介入等,并且缺乏精细化的制度和要求。

由于老年人自身存在特殊性和复杂性,不同年龄段、不同文化层次、不同经济水平,不同人生经历的老年人在需求方面不尽相同,因此应该加强有关部门的监督管理,从整体上设定不同的服务标准,形成统一的服务体系。^[3]从老年人的实际需求出发,发展满足供需匹配的养老服务,同时增加社区服务人员和专业养老服务人员的整体技术和服务水平,形成统一服务标准和有效的养老服务监督管理机制。

总的来说,社区与居家相融合的养老模式是我国养老服务业发展的大趋势,家庭结构小型化、老年人与子女分开居住等一系列问题都将养老服务推向社区与居家融合发展。^[4]以家庭为中心实现生活成本和居住成本的最小化,以社区为支撑实现基础服务、便民服务、基本照料医疗服务功能发挥的最大化。目前我国老年人仅依靠子女赡养并不足以满足其对各种养老服务的需求,还需要依靠养老金和政府补贴,而政府补贴通过社区提供养老服务的形式发挥作用,可以让老年人享受养老服务和相应的医疗服务。居家老年人从子女处获得照料资源的比例只有37.15%,更多的是没有子女照料资源的老年人,特别是孤寡老人和不与子女居住在一起的独居老人,也需要通过社区养老来补充这部分缺失的照护资源。因此,以上两方面均反映出社区居家养老需求很大。从现阶段的发展情况来看,我国居家养老服务业存在的主要问题有服务供需不匹配,服务缺少多元化,社区服务人

^[1] 张国平.农村老年人居家养老服务的需求及其影响因素分析——基于江苏省的社会调查[J].人口与发展,2014,20(02):95-101.

^[2] 李薇,丁建定.中国居家养老服务的发展状况研究[J].当代中国史研究,2014,21(01):90-98+128.

^[3] 钱亚仙.老龄化背景下的社会养老服务体系研究[J].理论探讨,2014(01):162-165.

^[4] 张歌.居家养老服务资金的政策效果分析——以上海为例[J].河南大学学报(社会科学版),2015,55(02):75-82.

员数量不足、服务水平较低,居家社区监管缺乏等,特别是居家养老与社区养老衔接不够,社区不了解老年人的真实需求,老年人不了解社区现已搭建的服务模式。由于老年人掌握新知识、新政策、新服务形式的速度缓慢,加大对社区已拓展业务的宣传力度尤为重要,同时进一步根据老年人的切实需求开展下一步的服务项目也很关键。

6.3 医养结合的养老服务业

2016年8月,根据党的第十八届五中全会指示,中共中央、国务院制定了《“健康中国2030”规划纲要》,明确指出我国健康领域改革的发展方向。改革开放以来,虽然我国经济得到了快速发展,人民平均预期寿命稳步增加,医疗保障方面更是取得了长足进步,但是医疗保障资源分配不均衡、人口老龄化日趋严重等问题使得我国在健康卫生方面仍与发达国家有明显差距。《“健康中国2030”规划纲要》以人民的健康发展为基础出发点,着力打造健康的生活方式,健康的生活环境,健康的社会服务,健康的产业保障,旨在加快健康中国的建设步伐,全面保障人民健康,弥补与发达国家差距,为实现中国梦打下坚实的健康基础。

在我国老龄化日趋严重以及优质医疗资源不充足的情况下,“医养结合”是解决老年就医问题、缓解医疗资源不足的必然选择。根据2014年中国健康与养老追踪调查CHARLS数据显示,我国60岁及以上老年人患慢性病比例高达98.5%,老年医疗需求旺盛,然而投入资金不足、服务内容覆盖不全面、相关制度政策落实困难等问题迫使医疗供给侧短期内无法形成有效供给。因此,我国“医养结合”的养老模式仍旧处于探索阶段。

6.3.1 医养结合养老服务业发展现状

6.3.1.1 政策现状

近年来,老龄化问题已成为党和国家的关注重点,养老问题关乎国计民生,针对养老产业,国家也相继出台了专门措施加以应对。2013年,国务院公布的《关于加快发展养老服务业的若干意见》(国发[2013]35号)中提出:卫生管理部门支持有条件的养老机构设置医疗机构,推动二级以上医院与老年病医院、老年护理院、康复疗养院之间的转诊与合作。2016年6月,国家卫生计生委联合民政部

发布了《关于确定第一批国家级医养结合试点单位的通知》，并于同年9月发布了《关于确定第二批国家级医养结合试点单位的通知》，确定了以北京市相关区作为第一、二批国家级医养结合试点单位，要求试点单位尽快建立相关机制，全面落实医养结合重点工作任务，确保试点工作取得积极进展。2017年，国务院《关于印发“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划的通知》（国发[2017]13号）中提到：建立养老机构与医疗机构双向合作机制和双向绿色通道机制，为老年人提供多元化、细致化、一体化的服务。

目前，许多城市已相继开展了“医养结合”养老服务的试点工作。众多医疗机构、养老机构和社区已经在老年人疾病照料、慢性病筛查以及健康档案建立等工作方面取得了显著成效，相信在未来的工作中会进一步明确相关试点单位的运营机制，医养结合工作的重点任务也会得到全面落实，在社会各界的努力下会逐步摸索出了一套行之有效的医养结合的养老办法。

6.3.1.2 各省份现状

2014年，国家财政部在《关于开展以市场化方式发展养老服务产业试点的通知》中强调，以湖南、内蒙古、吉林、江西、山东、安徽、湖北、甘肃等8个省份为试点，辅以24亿元资金用以探索养老服务业的发展模式，期间各试点省份在探索医养结合养老模式中都获得了丰富的经验，成果颇丰。

截至2016年末，山东省老年人口总量位居全国第一，60岁及以上老年人口占总人口的20.68%。省内养老服务机构内设医疗机构的有190家，内有诊室、医疗相关卫生室的有994家，已纳入医保定点的有110家。医养结合养老模式为“整体照料”、“联合运营”、“支撑辐射”等三种模式，其中“支撑辐射”模式搭建了社区卫生机构与居家老年人服务平台，在居家养老的同时实现了上门医疗服务。

湖南省空巢老人现象严重，截至2015年末，全省空巢老人有620.12万人，空巢率达到了53.26%，173所综合医院设立了老年病科室，21家养老机构开展医养结合养老服务，为663.55万老年人建立了健康档案。2016年，湖南省政府印发《湖南省深化医药卫生体制综合改革试点方案》，旨在建立多元协同办医机制，鼓励医疗机构与医疗卫生机构联合发展，通过“湖南健康养老产业投资基金”实行机构与社区服务中心合作，重点照护失能失智老人。

2016年，安徽省60岁及以上老年人口为1102.2万人，占比总人口17.8%。全

省有养老机构2806家，省级医养结合综合示范区6个，医养结合示范基地20个，内设医务室的养老机构567个，纳入医保的251个。安徽省在医养结合模式上更加细化，分为医养一体、养医一体、护养一体、联合运行以及支撑辐射。医养一体是以医疗为主体；养医一体则是养老机构建设医院；护养一体是医院与养老机构相结合，但主要以护理为主，医疗和养老都为辅^[1]。另外，还在政策上鼓励民间力量建立医养结合一体化的养老机构。

江西省在2017年9月开始遴选省级医养结合专家库成员，同时鼓励省级医院的优秀医生和护士到养老机构中轮岗工作，实现人力资源的有效整合。内蒙古自治区共确立23个医养结合项目，其中8个示范基地、11个示范机构以及4个示范中心。湖北省探索的医养结合模式主要是医疗机构开设老年病科室、养老机构开展医疗服务模式、医院养老院合办模式以及居家老年人签订医养结合服务模式。而甘肃省主要推进智慧养老医养结合模式，内容包括“一键通”医疗救助系统、互联网视频以及医疗手环监测等。

吉林省是我国以市场化方式发展养老服务业的试点省份之一，在养老服务模式上有其独有的特点。根据2016年统计年鉴，吉林省65岁及以上老年人占比达到26.72%，老龄化形势严峻。《吉林省人民政府办公厅关于推进医疗卫生与养老服务融合发展的实施意见》中指出，省政府鼓励床位数在200张以上的养老机构设置医疗机构，床位数在100至200张之间的养老机构内设医疗服务室。在模式上，鼓励养老机构与中医诊疗机构的融合发展模式以及家政企业联合社区中心提供上门服务的医养结合模式。

结合上述8个试点省份的医养结合情况，将我国医养结合养老服务业发展模式概括为医疗机构拓展养老服务模式、医疗机构增设养老服务模式、医疗机构与养老机构合作模式、医疗机构与社区合作模式四种。^[2]就医养结合养老模式而言，虽然各个省份的名称不同，但大体模式十分相近。

6.3.2 医养结合养老服务业问题

我国医养结合养老服务业发展存在诸多瓶颈问题，最明显的莫过于医疗机构

^[1] 韩艳.中国养老服务政策的演进路径和发展方向——基于1949-2014年国家层面政策文本的研究[J].东南学术,2015(04):42-48+247.

^[2] 于潇,包世荣.健康中国背景下医养结合养老模式研究[J].社会科学战线,2018(06):295.

和养老机构互相独立、自成系统。养老院无法就医，医院不方便养老，老年人经常在家庭、医院和养老机构之间相互折返，耽误治疗时机的同时也增加了家属负担。医疗机构和养老机构的分离致使许多患病老年人将医院变相当作养老院，成为“常住户”。老年人“压床”间接的造成了医疗资源紧张的局势，使真正需要住院的人住不进来。同时由于我国人口基数较大，贫富差距较明显，部分地区往往投入资金不足，各省在养老资源投入时往往出现资源投入不均的现象。在医养结合的新型探索模式下，服务内容覆盖不全面、政府政策落实困难、医疗资源存在差异、养老机构难以满足老年人医护需求、医养资源供给与老年人需求不匹配等问题相继出现，在文中主要从以下五个方面的问题进行重点阐述：

6.3.2.1 优质养老机构床位供不应求

人均床位率能够在一定程度上反映一个国家或地区的养老水平。截至2016年底，我国老年人拥有养老床位数达到730.2万张，每千名老年人拥有养老床位仅为31.6张。目前养老机构服务类型主要集中在日常生活照料方面，与医疗相关的长期照护服务以及康复训练服务较少，另外存在一些养老机构利用国家政策减免税收但无实际运营的现象。养老机构应该同时发展服务于半自理老人和不能自理老人的服务，特别是针对有生理缺陷或者需要长期照护的老年人，但由于养老机构缺少相应体系分类以及职业养老医疗从业人员，养老机构往往对自理老人敞开大门，而残障老人得以入住的机会大大降低。从各地统计数据看，养老床位应该是供不应求的，然而实际情况是一些养老机构的床位闲置率仍处于50%-60%，并且环境和医疗资源的差异性提高了对多元化优质医养结合养老床位的需求。

6.3.2.2 大型医院难以提供细致的养老服务

大型综合医院旨在用于急性病症治疗，对于很多慢性病、康复治疗、大病康复治疗以及晚期癌症的老年人，无法提供细致的生活护理和医疗照护。这些需要长期照护的患者，由于子女工作繁忙、家庭照料资源获得较少，为了减小治疗风险，老年人往往选择坚持留在医院，导致频繁“压床”^[1]。与此同时，大型医院与养老相关的科室，如老年病科、慢性病科、康复科等都没有得到充分的利用，病床闲置率高，科室之间没有明确的转诊机制，也使得精细化的养老服务未能有效开展。这就造成真正有需要的患者无法住院治疗，而本就稀缺的医疗资源更为匮

^[1] 张晓杰.医养结合养老创新的逻辑、瓶颈与政策选择[J].西北人口,2016,37(01):105-111.

乏，医患关系也更为紧张。因此，医养结合养老机构更有利于养老资源的合理参与、分配以及组建。

6.3.2.3 中小型医疗机构资源闲置

目前，看病难、看病贵成为百姓反映的主要医疗问题。省市级三甲医院床位供不应求，二级以上医院的床位使用率在90%以上，与这些“看病难”现状存在鲜明对比的是，一些二级以下中小型医疗机构由于医疗设备和从业人员业务水平与三甲医院存在差距，往往导致这类医疗机构床位使用率偏低，床位空置率较高，某些民办医院床位使用率甚至低于10%，这种医疗资源不平衡广泛存在于我国各个地区。我国大型医疗机构入住率超负荷，小型医疗机构床位大量闲置的现象值得我们思考，这也是一些民办医院和中小型医疗机构发展所面对的困境。^[1]虽然分级诊疗、药品零差价等一系列政策在我国已经实施，但是如何充分利用闲置的医疗资源满足养老服务业发展需求是未来发展的重点，充分利用这些资源开展医养结合服务，是提升机构医疗资源利用的有效途径。

6.3.2.4 服务收费水平偏高、服务内容相对单一

医养结合型养老机构对照料服务和专业技术人员都有专业要求，所以相对普通的养老机构，收费更高。但是，从目前我国养老服务业发展的趋势来看，需要入住养老机构的多是不能自理老人，残障老人或者需要长期照护的老年人，这部分人群由于自身情况，往往存在经济困难，该群体在经济条件制约下往往更难找到与之匹配的养老机构。根据相关数据显示，北京等一线城市的养老机构收费标准为7000至20000不等。考虑到一线城市消费水平较高，收费标准并不具有普遍性，但像合肥等城市，只是提供生活照护的养老院收费也在3500至4000元之间，这还不包括老年人医疗护理和康复费用。同时，根据各地区考察情况和当地居民经济收入情况，医养结合型养老机构收费标准一般为普通居民经济收入的2-3倍，高端养老院甚至更高，这也使大部分老年人难以负担。医养结合型养老机构收费高是导致医养服务未能有效开展的根本原因，真正有需求的老年人因为经济原因很难进入住医养结合型养老机构，这也造成了医养结合型养老机构床位利用率不高，资源配置效率降低的现象。另外，老年人经济能力和照护人员服务水平对于服务内容多样性也存在影响，长期照护人员多为40-50岁人员，少有专业护理人

^[1] 王建云.“医养结合”养老服务模式下资源整合路径研究[J].老龄科学研究,2015,3(12):48-57.

员，在护理上仅仅刚能达到基本条件，更无法提供健康体检、心理疏导、中医养生与保健等精细化服务。

6.3.2.5 医养结合管理分散、政策碎片化

在医养结合养老服务发展监管上，涉及多个政府部门，其职能之间相互交织，职责划分不够清楚。对于养老机构的监管，我国本就没有特定部门，涉及到医养结合的养老服务业监管情况就更为复杂。普通养老机构归民政部门审批和管理，但涉及医养结合的养老机构可能涉及医疗卫生机构，而居家、社区以及机构的养老服务认定由仍由各地老龄办负责监督管理，医保匹配又与社保局相关联，不同领域内存在部门交织和分割等情况。在解决这类问题时，往往出现责任划分不清，权责相互推诿的现象，资源浪费、工作重复时常发生。例如，民政部门和卫生部门在医养结合养老机构上存在重复审核现象，在审核医养结合养老机构医护人员资质及设备等项目时，往往在汇总相应情况时又要重复统计一次，造成了管理、人力、物力资源的浪费。另外，在政策执行上，部门之间经常出现分歧，导致推行受到重重障碍。这种“多头管理”或“多头不管”的情况也导致了机关部门审核项目的相对时间较长，严重影响了各项扶持政策的落实推进。

在国家宏观政策调控下，政策碎片化整合尤为重要，在区域上，地理环境条件和医疗资源应该统筹规划，避免医疗资源不匹配情况愈演愈烈。省市医保资质的获得和审查也是医养结合型养老机构发展的重要因素。一方面，由于监管体系不完善，一部分老年人还存在投机心理，将入住养老机构的费用挪为医院治疗费用企图报销，影响了医保经费使用的原则性。另一方面，这种道德风险也使得普通养老机构在转型为医养结合养老机构过程中很难获得医保定点资质。养老规划的制定、养老机构得整合、社区机构的照护分配都离不开政府的宏观调控与微观规制。政府、企业、社会在养老服务中应充分发挥协作机制，全方位协同发展才能摸索出一套行之有效的监管措施。

总的来说，在“健康中国2030”国家政策带动下，我国应大力提高全民健康水平以及增强保健意识，发展医养结合养老模式。在以居家养老为基础、社区养老为依托、机构养老为保障的总体原则下，落实医疗护理核心服务功能的全面覆盖，切实提升医疗及护理相关人员的技术水平，有效整合闲置医疗资源，争取医养结合养老服务管理相关部门的有效监管，实现社会保障与养老机构平稳对接以及医

保纳入的合规化，最终探索出我国医养结合养老服务业发展的新模式。

6.4 老年社会参与及老年再就业

我国长久以来人口众多，在人力资源获取上领先于众多国家。但受限于传统思想禁锢，子女层面都希望老年人够颐养天年，以尽孝道。但现实状况却存在着很大不同，原因在于社会经济技术进步，科技、医疗水平大幅度提升，服务业日趋完善且发展迅速，老年人退休后身体状况仍然良好，心理层面仍然需要被社会认可，渴望创造自身价值和社会价值，过早地退出社会舞台往往导致心理不适应。加之就业市场环境日新月异，“互联网+”时代的到来，全民创业、大众创新的浪潮掀起，创造了更多的就业机会和岗位，这时，延长老年人的工作年限，发挥他们在工作经验、社会资源等方面的优势，让老年人作为人力资源再利用具有极大的社会效益，不仅能够满足老年人心理需要，推动老年人健康生活，同时可以促进社会经济发展，缓解我国财政压力。但老年再就业与养老服务业发展还存在诸多问题，表现为老年就业体制不健全、社会对于老年再就业不认同，甚至抵制、老年人人力资源质量和水平偏低、劳动可参与度不高、老年再就业与养老服务业发展不衔接等等，笔者通过对我国老年再就业的梳理，分析我国老年再就业、养老服务业现状及趋势，为两者有效衔接、协同发展奠定基础。

6.4.1 老年人人力资源现状

众所周知，人力资源是各国之间竞争的关键因素。我国作为人口大国，具有得天独厚的优势，虽说老年人人力资源属于弱势群体，但老年人拥有社会资源、社会工作经验丰富的优势，老年人在就业可以实现其自身价值再创造，不仅有利于社会发展，更有利于老年人通过社会参与得到身心精神满足。在与老年人深入访谈中，笔者了解到社区、家庭以及养老院中的老年人往往存在不同程度的缺乏满足感，同时觉得自己与社会严重脱节。随着年龄增长，老年人退出社会竞争是必然趋势，但老年人也必须在精神上接受和认同。老年人再就业满足了老年人社会参与度和精神满足感需求，有利于消除老年人孤独感和寂寞感，从而达到自我价值实现。目前，国外在老年人再就业问题上已形成了较为优良的制度体系，而我国由于养老意识和观念才刚刚形成，现阶段老年人再就业发展还处于建立在居家

社区养老、医养结合养老模式的基础模式之上，仅仅是保障了基础照料、医疗保健的另一种精神赡养模式，所以在这方面还有很长的路需要探索和开创。

从老年人再就业对象上看，当前对老年人定义广泛为60岁及以上人群，但老年人群体应根据年龄、身体状况、精神状况再进行细分。我们可以根据年龄将该群体划分为三部分，即低龄老年人（60至69岁），中龄老年人（70至79岁），高龄老年人（80岁及以上）。首先对于身体状况良好且具备工作能力的低龄老年人，其心理状态也是刚从工作岗位上退休，渴望发挥余热，实现其自身和社会价值。平时的生活习惯、思维方式、兴趣爱好、以及社会人脉关系并不会马上改变和衰退，这部分老年人往往容易因骤然的空闲发生心理变化，变得孤单和空虚。在这个阶段，老年人往往选择去服务家庭或者去旅游，主观上去找事情做，一方面能缓解儿女压力，另一方面也能感觉生活充实一些。其次，对于中龄老年人，其视力、听力、记忆力、身体机能等各项指标处于下降高峰期。听力视力上，部分老年人需要辅助设备。因此，中龄老年人再就业可参与度下降，但是不排除精神状态良好的老年人可参与一些脑力工作，利用他们的经验和优势资源为年青一代做咨询和引导。第三，高龄老年人几乎不适宜作为老年人力资源再被利用，但对于一些政治、科研精英、高精尖领域代表人物等，他们仍然具有很大的社会影响力和标杆意义，是一个时代的代表，对于我国未来各领域的发展建设有着重要的意义，要发挥他们的社会价值和精神价值，通过他们来影响当今社会的年轻一代。笔者认为这种分类目前适合于现阶段的年龄层结构，但随着未来医学技术进步、人体机能素质提高和人类寿命延长，年龄结构的划分仍将有所改变，老年再就业前景会更长远。

考虑到老年人身体健康状态、心理状态、工作状态和生活习惯等因素，可见低龄老人和中龄老人仍可作为人力资源再次投入到社会生产当中，所以两者是我国老年人力资源构成的核心和关键组成部分。分析掌握这部分老年人的状态和信息有利于认清我国老年再就业养老发展现状。根据第六次全国人口普查数据，我国2010年，中低龄老年人总计15661万人。根据预测，到2035年人口总数将翻一番，达到31943万人，2045年略有波动但整体保持增长趋势，预计到2050年将达到37084万人。从增幅上，2015年到2020年增加2778万人。在2015至2030年国家施行“健康中国2030”的15年里，增长16282万人，达到31943万人。在年龄组增幅

上看, 2010年到2050年75-79岁年龄组增幅最大, 增长了5875万人; 60-64年龄组增幅最小的, 增长了6102万人。虽然增长幅度最小, 但也增长了1.04倍(表6.3)。所以说, 我国在未来存在大量的中、低年龄老年人力资源。

表 6.3 2010-2050 年我国中、低年龄老年人力资源预测情况 (单位: 万人)

	60-64	65-69	70-74	75-79	合计
2010	5867	4111	3297	2385	15661
2015	7740	5409	3586	2669	19405
2020	7307	7175	4757	2944	22183
2025	9697	6813	6350	3961	26829
2030	11423	9101	6068	5351	31943
2035	10829	10777	8163	5180	34950
2040	8968	10271	9720	7069	36029
2045	9412	8558	9316	8518	35804
2050	11969	9043	7812	8260	37084

数据来源: 根据第六次全国人口普查资料预测。

从地域上, 分别对华北、东北、华东、华中、华南、西南以及西北七个地域中、低龄老年人口数进行对比分析(表6.4), 各个地区中、低年龄老年人口数量存在差异, 这也符合我国人口老龄化特点。其中, 华东地区中、低老年人数量最高, 达到4856万人, 西北最小是1033万人。这与我国人口实际分布情况相关, 也与区域经济发展程度相关, 华东地区相对于西北地区经济发达, 且为地域人口较大省份, 老年人力资源也相对丰富(图6.1)。

表 6.4 2010 年我国各地区中、低年龄老年人口数 (单位: 万人)

	60-64 岁	65-69 岁	70-74 岁	75-79 岁	合计
华北	714	458	382	276	1830
东北	539	353	292	193	1377
华东	1819	1247	1001	789	4856
华中	1002	683	540	392	2617
华南	513	377	328	250	1469
西南	904	699	527	350	2480
西北	377	294	227	135	1033
全国	5867	4111	3297	2385	15661

数据来源: 第六次全国人口普查。



图 6.1 2010 年我国各地区中、低年龄老年人口分布情况

资料来源：第六次全国人口普查。

衡量我国老年人力资本情况，除了衡量各个年龄组人口总数外，还要将教育、培训、就业信息、学历、教育水平等诸多因素考虑进来。由于老年人是依靠长期工作经验积累和学识积累的人力资本，但技能、经验等往往难以量化统计，所以研究我国老年人力资本从教育、学历等角度分析更为贴切。在2014年中国健康与养老追踪调查上，对获得最高学历（不包括成人教育）情况进行分析，如下表6.5所示。

表 6.5 老年人已获得的最高学历（单位：人、%）

	数量	占比
未受过教育（文盲）	795	37.73
未读完小学，但能够读写	324	15.38
私塾	35	1.66
小学毕业	414	19.65
高中毕业	314	14.9
中专（包括中等师范、职高）毕业	128	6.07
大专毕业	44	2.09
本科毕业	23	1.09
硕士毕业	29	1.38
博士毕业	1	0.05
总计	2,107	100

数据来源：2014年中国健康与养老追踪调查。

根据此调查，未受过教育（文盲）的占比最大，达到37.73%，依次是小学毕业19.65%，未读完小学、但能够读写的占15.38%，高中毕业的占14.90%。未受过教育占比最大，原因在于我国是从1986年才开始普及九年义务教育，这个时期的老年人大多出生在十九世纪三十年代至五十年代，考虑到社会时代背景，教育程度并不能完全反应老年人的经验。单纯从教育程度整体情况上看，我国老年人人力资本水平不高，需要加强。

表 6.6 全国老年人就业人员受教育程度构成（单位：%）

年龄	合计	未上过学	小学	初中	高中	大学专科	大学本科	研究生
60-64	100	7.5	56.8	30.5	4.1	0.7	0.4	0
65+	100	14.9	62.6	19.9	2.1	0.3	0.1	0

数据来源：2015 年中国劳动人口统计年鉴。

我国老年人就业人群教育情况如表6.6所示，在60至64岁年龄分组中受教育程度为小学的老年人占比最高达到了56.8%，超过了一半以上；在65岁及以上年龄分组中也是小学程度老龄人最高达62.6%，这均说明老年人小学教育程度占比最高。教育程度在高中及高中以上的老年人占比较低，其中60至64岁年龄组老年人教育程度在高中以上的占5.2%，65岁及以上的仅为2.5%。所以，反映出目前我国老年人教育程度偏低，同发达国家相比，我国老年人受教育程度更是差距明显，这也是导致我国老年再就业养老服务业发展缓慢的原因。

总体来看，目前我国老年人再就业现状不容乐观，但潜力巨大，未来的上升空间很大。第一，人口基数大，我国中、低龄老年人口总数预计到2035年翻一番，到2050年将达到37084万人。老年人再就业本身容量较低，过于庞大的基数势必造成巨大压力，但也由于人口基数大，通过个体相对比较，更易筛选出合适的人来从事相关工作，老年人再就业水平和质量会大大提高。第二，地域分布差距较大，华东地区较西北地区高出3823万人，易造成老年人再就业区域差距加剧，老年人在就业市场环境压力提升，但随着社会发展和进步，区域差距逐步降低，未来势必会走上均衡分布和发展的正轨。第三，受教育程度偏低，未受过教育（文盲）的老年人占比最大，达到37.73%。从已就业的老年人教育程度上看，仍然是小学教育程度的占比最大，充分体现了目前我国老年人受教育程度低的不争事实，这也为老年人再就业发展埋下隐患，也是老年人在就业发展缓慢的症结所在。

但现在老年大学的逐步升级和普及，为更多老年人提供了再次进修的平台和渠道，老年人整体的文化水平程度必将逐步提高，老年人再就业发展潜力会有明显提升。对于老年人再就业的其他现状如精神慰藉、社会参与需求程度、收入情况、经济因素、老年人健康程度等笔者已在前面的章节进行了详细阐述，所以本文在此不再赘述。总之，通过健康老年人再就业能够改善老年人的精神状态，增加老年人的自我满足感，同时提高老年人的经济收入和生活质量。通过对我国老年再就业趋势分析和养老服务业需求分析，不难看出我国老年人再就业人数不稳定、波动明显，受个体健康程度和教育程度影响较大，同时也受省份经济发达程度以及国家相关政策影响。

6.4.2 老年再就业养老服务业问题

老年再就业养老服务业发展缓慢，存在老年人口健康程度一般、教育程度比较低、劳动参与不稳定等问题。另外，我国老年人力资本数量虽然比较大，但是质量却不高。在社会观念上，也有很多子女觉得老年人就业存在风险，观念上限制了老年人再就业机会，政策上和体制上也有待完善。笔者在本文中主要分析以下四个方面问题。

6.4.2.1 社会支持政策不足

老年再就业发展存在众多需求因素，各因素相互影响相互促进。政府资源的投入，社会角色的加入，地方区域性的支持配合，市场的管理协调，法律法规的出台和保障、专业的职业规划和培训指导以及再就业信息平台建立等因素都是其发展的关键。老年再就业发展在管理协调和机构配合层面与其他新兴模式领域存在共同不足，这里不再赘述。^[1]在法律法规上，缺乏系统保障老年再就业的体制，特别是老年人身体素质偏低，在工作中一旦发生人身意外伤害或劳资纠纷，无法用法律武器保护自身人身和财产利益，这便影响了老年人再就业的主观能动性，大大降低了老年人再就业受关注程度和社会影响力。而在老年人再就业的职业规划和培训指导上，当前社会上几乎处于空白。^[2]一方面，目前对于老年人的相关教育和培训基本上以老年大学形式进行，老年大学在各个省市虽有设立，但是数目较少，老年人自身行动能力差，对于渴望学习但居住距离较远的这部分老年人

^[1] 钟春洋.完善社会养老服务体系的五个重点问题[J].经济纵横,2015(01):28-32.

^[2] 桂雄.当前我国社会养老服务体系建设存在的问题和建议[J].经济纵横,2015(06):100-103.

极为不便，特别是雨雪等湿滑天气，严重影响了培训的正常参与。另一方面，培训机构对老年人进行再就业指导，需要将授课时长、从事脑力体力工作强度和类型，以及老年人健康状况考虑在内，不能盲目依照社会教学经验而定，更不能为了降低人力投入和教育成本而忽略老年人正常生理健康状况。

6.4.2.2 信息平台有待健全

目前老年人在获取就业信息方面，缺乏求职和岗位需求信息平台，该渠道的缺失制约了老年人再就业的机会。老年人寻找工作的方式主要分为几种，通过中介机构登记、亲朋好友介绍、参加招聘会应聘、发布或应答广告求职、自谋创业等。通过对再就业老年人的访谈中发现，通过亲友介绍再就业的较多，这就是说通过参加招聘会、广告求职等途径实现再就业的极少，而这两种方式恰恰是信息最为充分，成功率最高的途径，但却并没有成为老年人再就业求职的主要途径。^[1]

6.4.2.3 社会观念有待提升

老年人再就业的关键在于社会观念的正确指引，自身的态度和选择，家庭人员的积极支持以及社会层面的认可对于老年人再就业起着尤为重要的作用。目前，有两种错误观念制约了老年人再就业。一种是老年人觉得在目前就业市场环境严峻，人满为患，年轻人就业竞争压力已然巨大，这时投身就业市场当中和年轻人“抢饭碗”，本身竞争力变不足，况且压力会更大。但这种认识其实是片面的，我国就业市场已经实行双向选择机制，当前高校毕业生自我定位不准确，对于自身理论和实践能力认知不足，对于企业文化、工作环境等要求过高，同当前就业市场环境不符合，出现有业不就，频繁跳槽等现象。而老年人再就业不存在这些问题，对于老年人成功抢占就业市场资源，获取岗位实现再就业提供了较大的可能性。例如老龄化进入时间较早的美国和日本，都在特定岗位上对老年人有着一定需求，餐厅服务、收银等基础工作，青年人往往觉得工作岗位低端且过于简单乏味，导致离职率和人员流动性很大，而这些岗位却很适合老年人从事，工作强度不高，且收入较为合理，为这部分雇主的稳定经营提供了保障，所以雇主选择雇佣者时往往趋向于相对稳定的老年人。另一种错误观念是社会和家庭核心成员造成的，认为老年人退休或者年龄渐长后就应该在家养老，安度晚年，同时实现他们所谓的“尽孝”行为。表示不需要甚至允许他们再去从事那些有经济收入的劳

^[1] 刘帆. 人口老龄化背景下我国城镇老年人再就业问题研究[D]. 吉林大学, 2013.

动。年轻一辈的这些想法和观念，实质上把老年人主管意识上的界定为被抚养人口，往往忽略了社会发展状况和老年人实现自身和社会价值、精神层面、社交层面的实际需求。事实证明，传统观念禁锢正在逐步改变，医疗卫生，科技技术水平发展迅猛，人类寿命已经明显提高，很多老年人渴望建立自己的交际圈、朋友圈，实现自我价值的再创造，社会价值的进一步体现，有着强烈的再就业意愿，希望从中获取更多的生活乐趣。

综上，要提升我国老年人社会参与程度，便要加强老年协会、老年大学的建立及质量水平提升，培养和发展更多老年志愿者参与到社会工作和服务当中来，进一步加强老年人再就业工作发展力度，形成协同发展的良好局面。重视老年人继续教育问题，明确如何发挥好、充分利用好我国老年人人力资源优势的重要意义。逐步解决上述问题，突破传统思想限制，让部分再就业意愿强烈、身体健康的老年人再次投身社会参与、工作岗位，满足老年人的健康生活，自我价值的实现，带动经济发展，缓解财政压力。通过完善老年就业体制、提高老年人人力资源素质、提供优质老年人就业信息平台、实现信息平台与老年人需求对接、制定针对老年人再就业的法律法规、提高老年大学的覆盖率和利用率，从而实现老年人人力资源的充分利用，为未来我国老年再就业养老服务发展奠定基础。

总之，笔者在本章对我国养老服务业的三个重要领域（居家社区结合领域、医养结合领域、老年人再就业领域）的发展背景、发展现状做出了细致分析。通过现状反映问题，指出当前存在老年人需求尚未满足，在服务种类、服务人员水平、宣传力度、监督管理、服务体系的搭建上与全方位、多样化、优质高效的社会化养老服务还存在很大的差距。^[1]医疗资源和社区居家养老服务供需不匹配问题严重。同时，医养结合和老年人再就业在整个养老服务业发展领域里，起步较晚，存在社会观念、社会支持不足等问题。在后文中，将对这些主要问题进行梳理整合，而后提出符合我国整体养老服务业发展的政策和建议。以上是对我国整体养老服务业的分析，下一章将展开具体省份和微观模型应用在养老服务方面的论述。

^[1] 张智勇,赵俊,石园.养老服务集成商的服务质量决策分析[J].管理工程学报,2015,29(02):160-166.

第7章 我国养老服务业发展的经济效应分析

养老服务业发展的需求主体为需要老年产品及服务的老龄化群体,由于我国尚未对养老服务业情况给出详细统计,因此只能借助相关数据估算。囿于当前研究方法及数据的局限性,我们在本章重点考察养老服务业发展的产出效应和养护人员的需求效应。本章通过 GDP 支出核算法和二次指数平滑法对 2018 年至 2030 年的养老服务业产出效应进行了预测,并分析了未来养老服务业发展趋势,还对比了省区养老服务业发展的差异。同时,还通过马尔科夫模型预算法分别预测了 2010 年、2015 年、2020 年以及 2030 年全国及省际养老护理员需求人数,分析了目前中国养老护理员缺口情况及未来养老护理员增长情况。

7.1 养老服务业的产出效应

前面的章节对养老服务业进行了定性分析和政策解读,这节定量分析我国养老服务业的经济效应,通过 GDP 支出核算法、二次指数平滑法对养老服务业的产出效应进行预测,分析养老服务业的发展前景及影响。

7.1.1 研究方法及数据

7.1.1.1 研究方法

(1) GDP 支出核算法

GDP 是按市场价格计算一个国家(或地区)所有常住单位在一定时期内生产活动的最终成果。GDP 核算有生产法、收入法、支出法。GDP 支出核算法是从最终使用的角度衡量核算期内生产的所有货物和服务的去向,本文采取 GDP 支出核算法计算养老服务业的 GDP,从而分析养老服务业的产出效应。GDP 的支出核算公式为:

$$\text{GDP}=\text{最终消费(OC)}+\text{资本形成总额(OI)}+\text{货物及服务净出口(NX)}\dots(7.1)$$

目前,我国养老服务业处于行业发展初级阶段,不涉及货物及服务净出口业务,借鉴支出核算法将养老服务业产值(OG)简化为老年最终消费支出(OC)和老年资本形成总额(OI)之和(王松岭等,2013)。^[1]根据标准消费人理论,

^[1] 王松岭,范中原,李奎.“十二五”期间城镇养老服务业对 GDP 贡献预测研究[J].商业时代,2013(04):119-121.

一个消费人在生命周期内消费能力随着年龄增长呈现倒 U 型特征。因此假定 15-64 岁的成年人为一个标准消费人，中国老年人和儿童的消费水平要低于成年人，那么参考国内外相关研究成果，儿童消费系数取 0.6，老年消费系数取 0.8（于潇、孙猛，2012）。^[1]根据上述标准消费人理论，结合人口年龄结构数据，计算出老年消费能力占比，至此可根据居民消费总额和资本形成总额乘以比重得到养老服务业的产值估算结果。

（2）二次指数平滑模型

指数平滑法是一种指数加权平均法，选取时间数列的各期权重数值为递减指数数列均值。指数平滑法由布朗学者提出，兼顾全期平均和移动平均，主要应用于中期和短期经济发展趋势预测。在分类上，指数平滑法分为一次指数平滑预测、二次指数平滑预测、三次指数平滑。本文根据数据情况选取二次指数平滑预测，是在一次指数平滑预测的基础上进行再预测，运用平滑值对时间序列的趋势进行进一步修正，递推公式如 6.2-6.3 所示。

$$S_t^{(1)} = \alpha Y_t + (1 - \alpha) S_{t-1}^{(1)} \dots\dots\dots (7.2)$$

$$S_t^{(2)} = \alpha S_t^{(1)} + (1 - \alpha) S_{t-1}^{(2)} \dots\dots\dots (7.3)$$

$S_t^{(1)}$ 表示第 t 期一次平滑指数， $S_t^{(2)}$ 表示二次指数平滑， α 表示平滑指数，其中 $0 < \alpha < 1$ ， Y_t 表示为 t 期预测值。平滑的次数根据原数列散点图的趋势来预测，呈直线趋势或抛物线趋势，一般分别采用二次指数平滑法和三次指数平滑法。时间序列呈现稳定水平趋势时， α 选择较小值（0.05，0.20）；呈现波动但长期趋势变化不大时， α 选择较大值（0.1，0.4）；呈现波动很大、长期趋势变化也很大时， α 选择较大值（0.6，0.8）；当时间序列数据呈现上升或者下降趋势时， α 选择较大值（0.6，1）。

7.1.1.2 数据来源

以 2000 年中国进入人口老龄化社会为起点，选择 2000-2017 年对养老服务业的产出效应进行现状评价。支出法 GDP、居民消费支出、资本形成总额以及人口年龄结构数据均来自历年《中国统计年鉴》。考虑到人口跨区域流动对省际人口年龄结构的影响，在预测评估部分只对全国总体养老服务业的产出效应进行了预测分析，预测时间跨度为 2018-2030 年。

^[1] 于潇,孙猛.中国人口老龄化对消费的影响研究[J].吉林大学社会科学学报,2012,52(01):141-147+160.

7.1.2 实证结果的分析

7.1.2.1 养老服务业产出效应现状评价

(1) 全国产出效应分析

中国养老服务业产出由 2000 年 5073.7 亿元增长到 2017 年 68270.3 亿元, 年平均增长率为 16.52%, 产出规模不断扩大, 增加值占 GDP 比重逐年提高。中国总 GDP 由 2000 年 100576.8 亿元增长到 2017 年 815260 亿元, 年平均增长率为 13.10%, 养老服务业产出年平均增长率高于中国总 GDP 年平均增长率 3.42%。同时, 老年消费能力比重逐年递增, 2017 年老年消费能力比重为 10.01%, 比 2000 年老年消费能力比重增加了 3.79%。中国养老服务业产出占 GDP 比重由 2000 年 5.04% 增加到 2017 年 8.37%, 增长了 3.33%, 如表 7.1 所示, 养老服务业产出呈递增趋势。

表 7.1 中国养老服务业 2000-2017 年产出效应现状核算结果 (单位: 亿元、%)

年份	支出法 GDP (亿元)	居民消费 总额(亿元)	资本形成 总额(亿元)	老年消费能 力比重(%)	养老服务业 产出(亿元)	养老服务 业占比(%)
2000	100576.8	46987.8	34526.1	6.22	5073.7	5.04
2001	111250.2	50708.8	40378.8	6.34	5775.9	5.19
2002	122292.1	55076.4	45129.8	6.52	6532.7	5.34
2003	138314.7	59343.8	55836.7	6.69	7707.8	5.57
2004	162742.1	66587.0	69420.5	6.75	9179.4	5.64
2005	189190.4	75232.4	77533.6	6.81	10401.3	5.50
2006	221206.5	84119.1	89823.3	7.01	12185.6	5.51
2007	271699.3	99793.3	112046.8	7.11	15053.8	5.54
2008	319935.8	115338.3	138242.8	7.27	18437.9	5.76
2009	349883.3	126660.9	162117.9	7.46	21530.4	6.15
2010	410708.3	146057.6	196653.1	7.75	26553.2	6.47
2011	486037.8	176532.0	233327.2	7.97	32647.4	6.72
2012	540988.9	198536.8	255240.0	8.21	37237.5	6.88
2013	596962.9	219762.5	282072.9	8.46	42436.8	7.11
2014	647181.7	242539.7	302717.5	8.80	47997.1	7.42
2015	699109.4	265980.1	312835.7	9.17	53080.0	7.59
2016	745632.4	293443.1	329137.6	9.52	59273.7	7.95
2017	815260.0	317964.0	363955.0	10.01	68270.3	8.37

数据来源: 根据历年《中国统计年鉴》数据计算整理。

(2) 省际产出效应分析

中国主要年份省际养老服务业产出效应核算如表 7.2 所示, 养老服务业总产出规模呈现扩大趋势, 大多数省份的产出占比也呈现上升趋势。从 2005 年到 2017 年, 除山西省、辽宁省、广西壮族自治区以及内蒙古自治区外, 所有省份的绝对规模都相

应扩大，绝对规模扩大受到中国老年人口比重提高的影响，老年人口增加直接导致养老服务业产出增加。然而，山西省、辽宁省、广西壮族自治区以及内蒙古自治区相对规模下调，分析原因在于，虽然老年人口比重增加，但老龄化发展相对缓慢，且增长部分被其他快速发展产业所抵消，所以在整体上绝对规模有所下降。

表 7.2 主要年份省际养老服务业产出效应核算（单位：亿元、%）

地区	2005 年		2010 年		2015 年		2017 年	
	产出	占比	产出	占比	产出	占比	产出	占比
北 京	535.58	7.68	796.50	5.64	1540.95	6.70	2409.15	8.60
天 津	244.81	6.27	663.16	7.19	1402.74	8.48	1602.25	8.64
河 北	547.42	5.47	1206.29	5.91	2410.31	8.09	3234.55	9.51
山 西	245.14	5.90	608.14	6.61	1158.37	9.07	1082.92	6.97
内 蒙 古	279.63	7.16	763.15	6.54	1585.65	8.89	1532.73	9.52
辽 宁	617.80	7.68	1518.61	8.23	2540.33	8.86	2539.53	10.85
吉 林	217.20	5.77	711.97	7.61	1407.27	9.07	1483.70	9.93
黑 龙 江	249.67	4.53	649.27	6.26	1488.57	9.87	1752.24	11.02
上 海	768.94	8.31	1258.32	7.33	2258.97	8.99	3081.03	10.06
江 苏	1404.60	7.55	3021.53	7.29	6160.26	8.79	8404.84	9.79
浙 江	1024.94	7.64	1829.93	6.60	3381.51	7.88	4504.95	8.70
安 徽	432.45	8.08	990.91	8.02	1957.48	8.90	2825.22	10.46
福 建	411.28	6.26	881.45	5.90	1825.77	7.03	2404.20	7.47
江 西	277.09	6.82	569.54	6.02	1207.21	7.22	1570.39	7.85
山 东	1290.87	7.03	2794.96	7.14	5721.15	9.08	7411.08	10.20
河 南	647.93	6.12	1738.44	7.53	3690.37	9.97	4660.51	10.46
湖 北	463.86	7.11	1071.85	6.62	2704.14	8.66	3605.03	10.16
湖 南	507.48	7.69	1252.75	7.81	2638.89	9.13	3332.38	9.83
广 东	1132.57	5.02	2080.41	4.52	3765.03	5.17	4983.63	5.56
广 西	311.16	7.81	965.14	10.09	1588.29	9.45	1505.30	8.13
海 南	59.77	6.66	126.86	6.15	288.50	7.79	343.94	7.71
重 庆	320.85	9.25	749.61	9.46	1646.22	10.47	2194.23	11.30
四 川	656.21	8.89	1526.51	8.88	3055.61	10.17	4029.48	10.90
贵 州	171.28	8.54	369.69	8.03	989.91	9.43	1350.76	9.98
云 南	237.34	6.85	588.81	8.15	1406.28	10.33	1709.85	10.44
西 藏	15.00	6.03	31.90	6.29	67.17	6.54	90.65	6.91
陕 西	273.10	6.94	738.08	7.29	1594.62	8.85	2083.65	9.51
甘 肃	117.28	6.06	284.76	6.91	617.82	9.10	683.59	9.16
青 海	31.39	5.78	83.55	6.19	267.28	11.06	347.35	13.23
宁 夏	41.98	6.85	121.13	7.17	310.10	10.65	389.52	11.31
新 疆	131.42	5.05	272.56	5.01	759.93	8.15	971.52	8.93

数据来源：根据历年《中国统计年鉴》数据计算整理。

2015年,中国所有省份的养老服务业产出较比2010年增长几乎都实现了翻一番,养老服务业产出最少的西藏自治区也从31.9亿元增长到了67.17亿元。江苏省、山东省、广东省、浙江省省际养老服务业产出超多了1000亿元,其中江苏省养老服务业产出最高为1404.60亿元,占比为7.55%;重庆市养老服务业产出占比最高,比重为9.25%;黑龙江省养老服务业产出占比最低,比重为4.53%,省际产出存在差异。

对比2005年、2010年、2015年以及2017年数据,江苏省养老服务业产出在所有省份中都是最高的,2017年江苏省养老服务业产出为8404.84亿元。另外,所有省份的养老服务业占比都存在增长,但是各个省份的养老服务业占比存在差异,青海省养老服务业占比涨幅最明显,比重增长了7.45%;其次是黑龙江省养老服务业占比涨幅也比较大,比重增长了6.49%。另外,宁夏回族自治区、吉林省、河南省、河北省占比增长也较明显,都实现了超过4个百分点的增长。

从总体上看,人口老龄化发展引致的养老服务需求规模不断扩大,产出增长速度会逐年递增,这是我国各省区人口老龄化沉重负担压力下的机遇和挑战。通过政策支持和引导,可以有利于促进养老服务业的发展壮大,从老年消费视角促进经济增长。

7.1.2.2 养老服务业产出效应未来趋势

通过2000年至2017年中国养老服务业产出,绘制变量散点趋势图,下述三个序列均呈现明显的上升趋势,因此为了提高模型预测的灵敏度需要提高权重系数 α 的取值,一般取值范围为(0.5,1),在具体计算过程中本文分别试算了取值为0.65、0.75、0.85和0.95时的预测结果,当 α 取值0.95时历年的平均误差率最小,因此本文选择0.95作为未来的预测权重系数。本文选择的观察期大于15,初始值的影响相对较小,故此选择各变量的首期观察值作为平滑预测的初始值,如图7.1所示。通过公式7.1-7.3进行计算,得出2018年至2030年中国GDP、居民消费总额、资本形成总额、老年消费能力比重、养老服务业产出及比重(表7.3)。

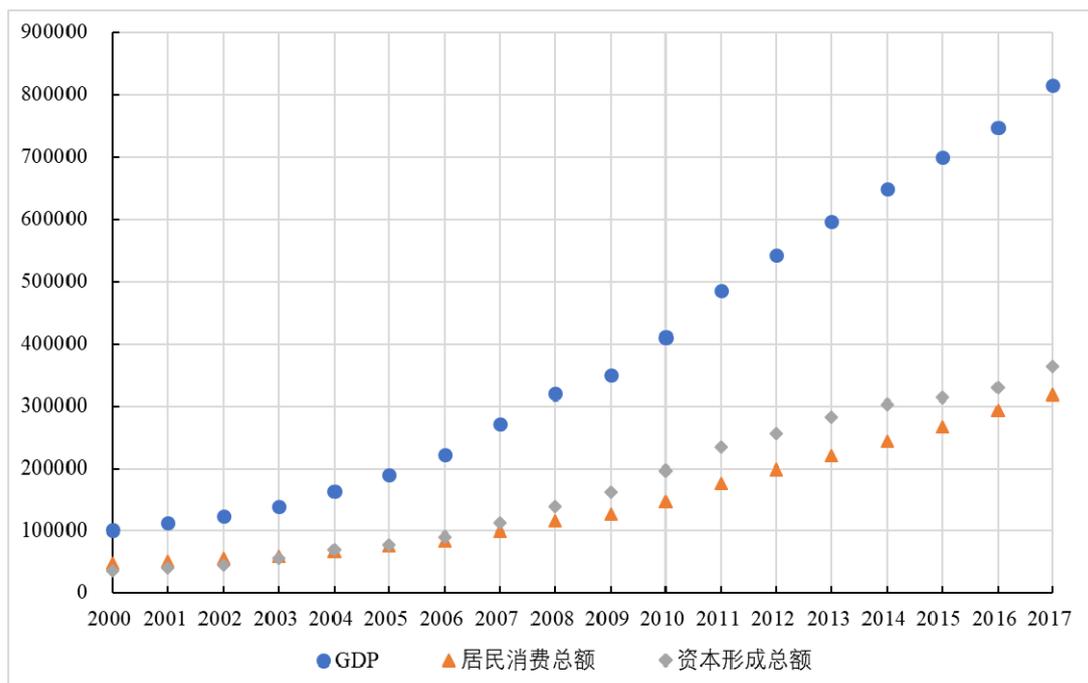


图 7.1 变量散点趋势图

2018 年，我国养老服务业产出为 77834 亿元，养老服务业占比达到 8.82%，比重较 2017 年增加了 0.45%。预计到 2020 年，养老服务业产出将达到 98540.3 亿元，养老服务占比持续增长到 9.69%；2021 年，养老服务业产出占比将超过百分之十。2029 年，老年消费能力比重将超过百分之十五，较比 2018 年老年消费能力比重增加了 4.89%，增加到了 15.41%，老年消费能力持续呈增长趋势。

表 7.3 我国养老服务业 2018-2030 年产出效应预测（单位：亿元、%）

年份	支出法 GDP (亿元)	居民消费 总额(亿元)	资本形成 总额(亿元)	老年消费能 力比重(%)	养老服务业 产出(亿元)	养老服务 业占比(%)
2018	882617.0	342748.6	396879.9	10.52	77834.0	8.82
2019	950030.4	367526.8	429852.5	11.04	88037.6	9.27
2020	1017443.9	392305.0	462825.0	11.52	98540.3	9.69
2021	1084857.3	417083.2	495797.6	11.95	109106.3	10.06
2022	1152270.7	441861.5	528770.1	12.45	120858.2	10.49
2023	1219684.2	466639.7	561742.7	12.83	131977.2	10.82
2024	1287097.6	491417.9	594715.2	12.99	141104.0	10.96
2025	1354511.1	516196.2	627687.8	13.21	151160.4	11.16
2026	1421924.5	540974.4	660660.3	13.26	159339.3	11.21
2027	1489337.9	565752.6	693632.9	13.79	173720.1	11.66
2028	1556751.4	590530.8	726605.4	14.71	193785.5	12.45
2029	1624164.8	615309.1	759578.0	15.41	211838.2	13.04
2030	1691578.2	640087.3	792550.5	16.12	230976.0	13.65

数据来源：老年消费能力比重根据国家卫计委人口年龄结构预测数据和标准消费人理论计算整理，其他指标根据本文预测模型计算整理。

从 2018 年至 2030 年，未来全国经济增长平稳，到 2030 年预计中国 GDP 达到 1691578.2 亿元，居民消费总额达到 640087.3 亿元，资本形成总额达到 792550.5 亿元。随着人口老龄化的快速发展，老年消费占比会不断快速提高，由 2018 年 10.52% 增长到 2030 年 16.12%，预计增长 5.6 个百分点。养老服务业的产出规模会得到进一步扩大，2030 年将达到 230976.0 亿元，不仅如此，养老服务业在国民经济中所占的比重也随之不断提高，比重由 8.82% 增长到 11.21%。

因此，养老服务业作为迅速兴起的第三产业，发展潜力巨大。总的来说，受到中国老年人口比重提高的影响，我国养老服务业产出规模呈现扩大趋势，大多数省份的产出占比也呈现提高趋势，相对规模下调的原因在于老龄化发展相对缓慢且被其他快速发展产业所抵消。截止到 2017 年，除山西省、辽宁省、广西壮族自治区以及内蒙古自治区养老服务业相对规模下调外，所有省份的绝对规模都相应扩大，江苏省养老服务业产出规模最大为 8404.84 亿元；西藏自治区养老服务业产出规模最小为 90.65 亿元；青海省养老服务业占比最大为 13.23%；广东省养老服务业占比最小为 5.56%；黑龙江省养老服务业占比增幅最大为 6.49%；广西壮族自治区养老服务业占比增幅最小为 0.32%。预计到 2030 年，未来全国经济增长平稳，随着人口老龄化的快速发展，老年消费占比会不断快速提高，养老服务业的产出规模会得到进一步扩大，不仅如此，养老服务业在国民经济中所占的比重也随着不断提高，养老服务业发展潜力巨大。人口老龄化发展引致的养老服务需求规模不断扩大，产出增长速度会逐年递增，这是我国各省区人口老龄化沉重负担压力下的机遇和挑战。通过政策支持和引导，可以有利于促进养老服务业的发展壮大，从老年消费视角促进经济增长。

7.2 养老护理人员需求效应

本节通过马尔可夫模型对中国养老护理人员的需求效应进行预测，根据老年人的健康程度匹配护理人员。分别预测中国未来自理老人、介助老人、介护老人人口总数，预测 2020 年、2030 年未来中国养老护理人员的具体需求人数，并根据中国统计年鉴比目前中国养老服务员的供给情况，找出缺口人数，同时对各个省份养老护理人员需求情况进行预测及分析。

7.2.1 研究方法及数据说明

7.2.1.1 马尔科夫模型

马尔科夫模型是一种统计模型，用以描述离散事件“无后效性”的一种随机过程，即未来分布演进与当前有关而与过去无关。基于马尔科夫模型的状态分布转移特征，可以从内部流动性来评估和预测离散事件的动态演进趋势。

假定某一离散事件 t 年份概率分布可以表示为一个 $1 \times k$ 阶的随机向量 F_t ，记为 $F_t = (F_{1t}, F_{2t}, F_{3t}, \dots, F_{kt})$ ，相邻时期的转移概率矩阵则可用 $M_t (k \times k)$ 表示，其中的元素 m_{ij} 表示初始年份属于 i 类型的事件状态在下一年份转移到 j 类型的一步转移概率。那么，马尔科夫模型的一步转移过程可以表示为：

$$F_{t+1} = F_t M_t \dots \dots \dots (7.4)$$

在大样本数据中，可以通过计算转移频率来估计转移概率矩阵，即 $m_{ij} = n_{ij} / n_i$ ，其中 n_{ij} 为考察期内由初始年份 i 类型状态转移到 j 类型状态的事件样本数量之和， n_i 为所有年份属于 i 类型的事件数量之和。本文中老年人的健康状况定义为自理、介助、介护以及死亡四种，是基于这四种状态的老年人健康状况马尔科夫转移模型。健康状态转移的概率如下：

$$P_{ij} = P(E_j | E_i) = P(E_i \rightarrow E_j) \dots \dots \dots (7.5)$$

$$0 \leq P_{ij} \leq 1, \sum_{j=1}^k P_{ij} = 1, i, j = 1, 2, \dots, k \dots \dots \dots (7.6)$$

分年龄组建立老年人不同健康状况，矩阵如下：

$$\left\{ \begin{array}{cccc} P_{11} & P_{12} & \dots & P_{1k} \\ P_{21} & P_{22} & \dots & P_{2k} \\ \dots & \dots & \dots & \dots \\ P_{k1} & P_{k2} & \dots & P_{kk} \end{array} \right\} \dots \dots \dots (7.7)$$

本文具体预测思路为首先根据调查数据计算我国居民健康分布状况和转移概率矩阵，其次根据转移概率矩阵预测历年居民健康分布人数，最后根据不同健康状况护理人员配置比例计算出护理人员需求规模。

7.2.1.2 数据说明

本文人口年龄结构数据选择 2010 年全国各省区第六次人口普查数据，不同健康状况老年人的护理人员配置比例数据参考全国和地方的标准设定不同预测

方案。健康状况转移马尔科夫矩阵估计采用 CHARLS2011-2013 数据，借鉴周绪凤（2018）的研究方法，采用 logit 模型计算转移概率以提高准确性，转移概率矩阵估计结果见下表所示。¹

表 7.4 健康状况转移概率矩阵

健康状况	年龄分组	自理	介助	介护	死亡
自助	45~	0.8577	0.0231	0.1161	0.0032
	55~	0.8643	0.0214	0.1059	0.0084
	65~	0.8625	0.0197	0.0956	0.0221
	75~	0.8412	0.0178	0.0844	0.0567
	85+	0.7768	0.0151	0.0706	0.1376
介助	45~	0.6726	0.0412	0.2783	0.0079
	55~	0.6840	0.0387	0.2562	0.0211
	65~	0.6792	0.0354	0.2302	0.0552
	75~	0.6376	0.0307	0.1956	0.1362
	85+	0.5311	0.0236	0.1475	0.2979
介护	45~	0.4095	0.0572	0.5180	0.0153
	55~	0.4216	0.0543	0.4828	0.0413
	65~	0.4145	0.0493	0.4296	0.1066
	75~	0.3671	0.0403	0.3444	0.2482
	85+	0.2684	0.0271	0.2279	0.4766

数据来源：转引自周绪凤（2018）。

参考上海市《养老机构设施与服务要求（2013）》公布的标准，分别将老年人的健康状况为自理、介助和介护的老人护理员配置比例设定为 1:12、1:7、1:3。由于本文研究的是老年护理服务业状况，因此预测结果只分析 2020 年和 2030 年 65 岁及以上老年人口的健康护理人员需求规模。

7.2.2 养老护理需求效应分析

7.2.2.1 养老护理员的供求现状

（1）全国供求现状

首先根据 CHARLS2011 年健康分布调查数据估算出 65 岁及以上老年人口的健康分布状况，其次根据 2010 年人口普查和 2015 年人口调查数据计算出全国和

^[1] 周绪凤. 基于马尔科夫模型的中国养老护理员需求量预测研究[D].苏州大学,2018.

地方的老年人口健康分布,最后根据本文设定的护理员配置标准计算出养护人员潜在需求规模,并与实际在岗职工规模进行对比。

表 7.5 中国老年人健康分布及护理员潜在需求现状(单位:万人)

健康状况	年龄分组	2010 年		2015 年	
		老年人口	护理员需求	老年人口	护理员需求
自理	65~	5942	495	7312	609
	75~	3027	252	3485	290
	85+	497	41	641	53
介助	65~	141	20	173	25
	75~	93	13	107	15
	85+	30	4	39	6
介护	65~	1326	442	1632	544
	75~	603	201	694	231
	85+	235	78	303	101
合计		11894	1548	14386	1875

数据来源:根据 2010 年人口普查、2015 年人口调查和 CHARLS2011 数据进行估算整理。

根据 2010 和 2015 年统计年鉴和预测结果分析中国老年人养老护理员供求状况。2010 年公布的中国养老机构在岗职工人数为 10.49 万人,预测结果如表 7.5 所示,我国老年人护理员需求为 1548 万人,实际人数与需求人数相差 150 倍以上,养老服务护理人员缺口巨大。2015 年中国养老机构在岗职工数为 31.82 万人,护理人员数增加了 21.33 万,但是随着人口老龄化的加剧,老年人数增加,对于护理员的需求人数也在上升,根据预测老年人护理需求人数为 1875 万人,较比 2010 年需求人数增加 327 万人,实际人数与需求人数相差 60 倍以上。虽然护理员人数已经显著升高,但增长幅度远远赶不上实际需求的程度,中国养老服务业护理员缺口巨大。

同时,老年人健康状况不同,对于养老护理员的需求程度不同,老年人随着年龄的增加,对护理员需求越显著。对比 2010 年和 2015 年自理、介助、介护三种类型老年人口数的增长情况,三种健康状况的老年人口数量都存在增长。2015 年 65 岁及以上老年人健康状况为自理的数量为 11438 万人,较比 2010 年增长 1972 万人;健康状况为介助和介护的老年人口数量为 319 万人、303 万人,分别增长 55 万人、68 万人。其中健康状况为介护的老年人数增长率最高为 17.7%,说明我国老年人的健康状况恶化,65 岁及以上需求介助护理的老年人口数量增长最快。

根据老年人的健康状况为自理、介助和介护的老人护理员配置比例 1:12、1:7、1:3。2015 年，自理、介助以及介护健康状况老年人需求护理员人口分别为 952 万人、46 万人以及 876 万人。总的来说，健康程度恶化对于护理员的需求越明显，中国养老服务业对于养老服务及护理人员需求十分明显，增加护理人员数量、加大护理人员培训力度具有重要意义。

(2) 省区供求差异

养老服务业的护理人员现状存在巨大缺口，供给增长幅度不同，且各地区需求护理员程度存在差异。对比 2010 年、2015 年省际实际供给人数现状，所有省份的供给人数都存在增长。在增长人数上，江苏省护理员人数增长最多为 2.17 万人，其次是山东省 1.82 万人，广东省 1.46 万人。在增长幅度上，宁夏自治区增长幅度最明显，2015 年实际供给人数较 2010 年增加了 10 倍以上，内蒙古自治区和黑龙江省也增长了 6 倍，增长幅度最小的是天津市也达到了 1.59 倍增长（如表 7.6 所示）。

在省际差异上，江苏省和四川省都为人口大省，两省老年人口规模相同，但在护理员供给上存在显著差异。2015 年江苏省和四川省老年人口总数分别为 1012.2 万人和 1061.5 万人，两省对于护理员需求人数都在 130 万人以上，江苏省老年人口总数少于四川省，但是护理人员供给情况却存在显著差异，江苏省的供给人数是四川省的 2 倍以上，江苏省护理员供给 3.07 万人，而四川省的实际供给只有 1.46 万人。

另外，北京市、内蒙古自治区、甘肃省也存在这种情况，老年人口规模都在 200 万人左右，潜在需求人数都在 30 万人左右，但在实际供给上，北京市 2015 年实际供给护理人数 1.42 万人，是内蒙古自治区的 2 倍以上，甚至是甘肃省的 6 倍以上。在各个省份养老护理员都存在巨大缺口的情况下，供给现状仍存在明显差异，应加快护理员实际供给人数增长缓慢省份的养老护理发展。

养老护理员需求总人数在 100 万人以上的省份分别是山东省、四川省、江苏省、河南省以及广东省。在所有省份中，山东省对于护理员的需求最大且呈上升趋势，2010 年需求 122.8 万人，2015 年需求 149.9 万人，这与山东省老年人口总数最大有相关性。在对比实际护理员供给人数上，山东省缺口也最大，缺口人数

147.24 万人。四川省、江苏省、河南省以及广东省也存在巨大缺口，缺口人数分别为 136.94、129.13、120.41 以及 102.66 万人千人。

在所有省份中，养老护理员缺口最小省份是西藏自治区，但是 2015 年也存在缺口 2.32 万人，青海省、宁夏回族自治区以及海南省缺口人数分别为 5.36 万人、6.29 万人、9.99 万人。除了上述四个地区，中国其他省际缺口人数均在 10 万人以上。

表 7.6 各地区老年人口及养护人员供求现状（单位：万人）

地区	2010 年			2015 年		
	老年人口	潜在需求	实际供给	老年人口	潜在需求	实际供给
北京	170.9	22.2	0.43	231.3	30.2	1.42
天津	110.2	14.3	0.40	159.2	20.8	0.64
河北	592.0	76.9	0.41	755.4	98.2	0.174
山西	270.5	35.1	0.18	336.6	43.7	0.69
内蒙古	186.8	24.2	0.10	239.9	31.1	0.67
辽宁	450.9	58.6	0.49	563.8	73.6	1.64
吉林	230.2	29.9	0.15	300.5	39.0	0.61
黑龙江	317.3	41.2	0.15	413.1	53.6	0.91
上海	233.1	30.6	1.19	309.6	40.8	2.27
江苏	855.9	111.7	0.90	1012.2	132.2	3.07
浙江	508.2	66.3	0.55	624.0	81.6	1.61
安徽	608.5	79.2	0.37	687.1	89.6	1.04
福建	291.2	38.0	0.10	345.7	45.3	0.42
江西	338.8	44.1	0.29	413.8	53.9	0.87
山东	943.0	122.8	0.83	1148.1	149.9	2.66
河南	785.9	102.3	0.45	933.9	121.6	1.19
湖北	520.2	67.6	0.49	657.4	85.4	1.56
湖南	641.9	83.5	0.29	761.3	99.1	1.32
广东	708.6	92.7	0.68	799.7	104.8	2.15
广西	425.3	55.5	0.37	468.2	61.2	0.64
海南	70.0	9.2	0.02	76.9	10.1	0.11
重庆	338.1	44.0	0.32	401.0	52.3	0.68
四川	880.6	114.6	0.54	1061.5	138.4	1.46
贵州	302.6	39.2	0.13	334.6	43.4	0.40
云南	350.5	45.5	0.10	398.6	51.9	0.39
西藏	15.3	2.0	0.02	18.5	2.4	0.08
陕西	318.4	41.3	0.20	392.6	50.9	0.72
甘肃	210.6	27.2	0.10	243.5	31.5	0.27
青海	35.5	4.6	0.02	41.7	5.4	0.04
宁夏	40.3	5.2	0.01	49.2	6.4	0.11
新疆	141.4	18.4	0.18	168.2	21.8	0.47

数据来源：根据 2010 年人口普查、2015 年人口调查和 CHARLS2011 数据进行估算整理。

注：为了分析省际的差异性，小数点后保留两位数。

虽然所有省份养老护理员实际供给人数都在增长，但需求也在增长，对比 2010 年和 2015 年的缺口人数变化，所有省际缺口人数都在相应扩大，供给增长速度远远赶不上需求的增长速度。

7.2.2.2 未来养老护理需求效应

(1) 全国整体需求效应

根据年龄移算模型，未来养老需求是由当前队列人口随着年龄增长转化而来，基于此本文进一步以 2010 年为基期借助健康转移马尔科夫矩阵估算 2020 和 2030 年的不同健康状况的老年人口数，结果如 7.7 所示。

表 7.7 未来全国老年人口健康分布及养护人员需求预测（单位：万人）

健康状况	年龄分组	2020 年		2030 年	
		老年人口	护理员需求	老年人口	护理员需求
自理	65-	9571	798	12582	1048
	75-	4170	347	8252	688
	85+	1381	115	3433	286
介助	65-	342	49	507	72
	75-	131	19	295	42
	85+	37	5	106	15
介护	65-	2192	731	3363	1121
	75-	803	268	1890	630
	85+	214	71	641	214
合计		18841	2403	31068	4117

数据来源：根据 2010 年人口普查、马尔科夫矩阵行估算整理。

随着中国人口老龄化进程的加快，预计到 2020 年中国老年人口数量达到 18841 万人，2030 年达到 31068 万人。中国老年人口数量增加，对于养老护理员的需求也呈现增长趋势。根据马尔科夫矩阵估算预测 2020 年对于护理员的需求人数为 2403 万人，到 2030 年护理人数更是实现了接近翻番的增长，扩大到 4117 万人，2030 年护理员需求人数较比 2015 年护理员需求人数又增长了 2242 万人。

预计到 2020 年，中国 65 岁及以上老年人健康状况为自理的人数最多为 15122 万人，其次是健康状况为介护的 3209 万人，最后是健康状况为介助的人数为 510 万，三种健康状况对于护理员的需求人数依次是 1260 万人、1070 万人和 73 万人。其中健康状况为自理的 65 岁及以上老年人口总数是介护的近 5 倍，但对于护理员的需求总人数差别却不大，都在 1000 万人左右。

2030年,中国65岁及以上老年人健康状况为自理、介助、介护的人数分别24267万人、908万人以及5894万人。其中,2020年健康状况为介护的老年人数占65岁及以上老年总人口的17%,预计到2030年,介护老年人口占比增加到了19%,65岁及以上健康状况为介护的老年人口数量占比增长了两个百分点,中国老年人健康状况呈现恶化趋势。

在不同健康状况的需求人数上,预计到2030年,对于自理、介助以及介护的护理员需求人数为2022万人、129万人以及1965万人。健康状况为介护的老年人口数量增多,对于这部分老年护理员需求增长的也更快,较比2020年护理员数量增长895万人,较比2015年增长1089万人。

总体来说,从2020年到2030年,中国未来老年人口数量增加到31068万人,护理员需求人数为4117万人,对于养老护理员需求极大,应该颁布更多政策和增设更多培训来增加未来养老护理员总数。

(2) 省际需求效应差异

预测结果显示未来各个省份老年人口数量总体变化都呈上升趋势,这与未来中国老龄化的发展趋势相关,未来中国老龄化程度加剧,老年人口数量上升,但对于养老护理员的省际需求效益存在差异。

所有省份中,65岁及以上老年人口最多的省份是山东省,预计到2030年,老年人口数量达到2479.4万人,较比2015年65岁及以上实际老年人口1148.1万人翻了一番以上,增长1331.3万人,山东省也是增长总人数最多的省份。较比2015年65岁及以上老年人口数量,各个省份老年人口总数都呈增长趋势,并且2030年,有四个省份增长超过了一万人,分别是山东省、四川省、江苏省以及河南省。另外,在老年人口总数上,也有十个省份突破万人,广东省、湖北省、湖南省、河北省、湖北省、辽宁省以及广西壮族自治区都在其中(如表7.8所示)。

各个省份对于养老护理员的省际需求都呈增长趋势,但需求效益存在差异。2020年,养老护理员需求人数超过100万人的省份是十个省份,分别是河北、江苏、浙江、安徽、山东、河南、湖北、湖南、广东以及四川。其中需求人数最多是山东省,养老护理员需求人数为196.3万人,其次是四川省181.2万人。2030年,养老护理员需求人数超过100万人的省份增加到了十七个,增加了七个省份,对比2020年增加了辽宁、黑龙江、江西、广西、重庆、云南以及陕西。其中养

老护理员需求人数最多的还是山东省（323.7 万人），较比 2015 年潜在需求人数增加了 173.8 万人，较 2015 年实际护理员供给 2.66 万人增长了 321.04 万人。

表 7.8 各地区老年人口分布及养护人员需求预测（单位：万人）

地区	2020 年		2030 年	
	老年人口	潜在需求	老年人口	潜在需求
北 京	302.9	39.5	499.5	65.2
天 津	208.6	27.2	343.9	44.9
河 北	989.4	128.6	1631.4	212.1
山 西	440.9	57.2	727.0	94.4
内 蒙 古	314.2	40.7	518.2	67.1
辽 宁	738.3	96.3	1217.5	158.9
吉 林	393.5	51.1	648.9	84.3
黑 龙 江	541.1	70.2	892.2	115.8
上 海	405.4	53.5	668.6	88.2
江 苏	1325.7	173.2	2186.0	285.6
浙 江	817.2	106.9	1347.6	176.3
安 徽	899.9	117.3	1483.9	193.5
福 建	452.8	59.3	746.7	97.8
江 西	541.9	70.6	893.6	116.4
山 东	1503.6	196.3	2479.4	323.7
河 南	1223.1	159.2	2016.8	262.6
湖 北	861.0	111.8	1419.7	184.4
湖 南	997.0	129.7	1644.1	214.0
广 东	1047.4	137.3	1727.1	226.4
广 西	613.2	80.2	1011.2	132.2
海 南	100.7	13.2	166.1	21.8
重 庆	525.2	68.5	866.1	112.9
四 川	1390.3	181.2	2292.5	298.8
贵 州	438.2	56.9	722.6	93.8
云 南	522.1	67.9	860.9	112.0
西 藏	24.2	3.1	39.9	5.2
陕 西	514.1	66.7	847.8	109.9
甘 肃	318.9	41.2	525.8	68.0
青 海	54.7	7.1	90.1	11.7
宁 夏	64.4	8.3	106.2	13.7
新 疆	220.3	28.6	363.3	47.1

数据来源：根据 2010 年人口普查、2015 年人口调查和 CHARLS2011 数据进行估算整理。

西藏自治区是养老护理员需求最少的省份，预计到 2030 年对于养老护理员的需求人数仅为 5.2 万人，山东省护理员需求人数是它的 60 倍，较比 2015 年潜

在需求人数增长 2.8 万人。对比 2015 年养老护理员实际供给人数最多的江苏省，预计到 2020 年，养老护理员潜在需求 173.2 万人，预计到 2030 年，养老护理员潜在需求 285.6 万人。

对比 2015 年各省份养老护理员的实际供给情况，东北地区辽宁省潜在需求最大为 73.6 万人，2030 年将需求将实现翻番，达到 158.9 万人；华北地区河北省 2015 年潜在需求最大为 98.2 万人，2030 年需求人数达到 212.1 万人；华中地区河南省需求数量最高，预计在 2030 年护理员需求人数达到 262.6 万人，较比 2015 年增长 141 万人。华南地区和西南地区需求最明显的分别是广东省 226.4 万人和四川省 298.8 万人；西北地区云南西省和陕省需求数量比较接近，分别为 112 万人和 109.9 人。

总之，各省未来护理员需求人数总体都呈上升趋势，预计到 2020 年对于护理员的需求人数为 2403 万人，到 2030 年扩大到 4117 万人。一方面受到人口老龄化快速发展的影响，老年人口扩大，预计到 2030 年 65 岁及以上老年人达到 31068 万人。也与中国人口老龄化的特点相关，中国老龄化规模大、发展速度快且各省份之间存在差异。另一方面受到老年人健康状况恶化的影响，2030 年中国 65 岁及以上老年人健康状况为自理和介护的人数分别 24267 万人和 5894 万人。中国老年人健康状况趋于恶化态势，需要提供介助和介护服务的老年人口数量急剧上升，这两方面共同导致未来养老护理人员潜在需求急剧扩大。因此，增加专业养老护理员数量、加大护理员培训力度、增设养老护理员相应学科建设具有重要意义。

第8章 国外养老服务业发展的经验和启示

美国、日本等发达国家较早的进入了人口老龄化社会，在应对人口老龄化方面已经形成了良好的体系和机制。我国在经济尚不发达的情况下进入人口老龄化社会，人口老龄化速度快，应对人口老龄化的经济基础、政策体系、制度安排、设施条件尚不完备，西方发达国家的经验值得我们学习和借鉴。本章分析美国、日本、英国的养老保障制度及养老服务体系的特征，总结相关经验，进一步分析美国商业养老模式、日本医疗养老模式、英国税收筹资体制养老模式面临的挑战和发展趋势，为我国的养老服务业发展提供一些可借鉴的启示。

8.1 美国的商业养老模式

随数量剧增，老年人的需求呈现出多样化，然而由于社会结构变迁、家庭结构变化，消费方式也逐步转变。我国的人口老龄化将进入到不可逆的快速发展阶段，发达国家老龄化进程耗时几十年至100多年，美国作为发达国家，进入老龄化社会用了71年。美国在应对老龄化问题时，在商业化养老方式上积累了丰富的经验，同时制定一系列法律法规，完善了社会养老保障制度，并形成由一千多个养老机构构建的养老服务网络，建立了具备专业护理的居家养老服务体系。

8.1.1 美国养老服务业现状

2017年，美国65岁及以上老年人占总人口比重15.41%，比上一年增长了0.38%。美国65岁及以上老年人口占比在2003年（12.26%）后一直保持增长趋势，但增长速度比我国缓慢。美国作为自由市场的典型代表，老年人健康照护体系具有高度市场化特点。随着老龄化加剧，更多的老年人渴望生活在配套设施完善的社区，社区生活需求指数大幅提升，所以该养老模式迅速推广且快速发展。强调个人意愿和选择是这种老模式的核心，投保方式也是主体行为人自行选择的，这是具有高度市场化的一种照护体系。特别体现在美国老年人的照护服务上，有84%的居民选择采取商业保险养老模式。我国现在也是以市场化的方式发展养老产业，所以有很多部分值得我国学习和借鉴。

8.1.2 美国的社会保障体系

30年代美国的社保制度产生,主要源于美国次贷危机后,很多人在正常生活、温饱住宿等方面存在问题,由贫困导致的社会问题日趋严重。1934年,美国经济保障委员会发布《社会保障法案》正式生效,标志着不同于欧洲的社会保障制度已经产生。在随后的70年,逐步形成并稳固发展,到今天美国已经建立了一个90%以上人都享有的社会保障体系网。

表 8.1 美国养老保险分类

保险类型	征收性质	对象	方式
联邦退休金制度	强制性	年满 65 岁及以上、纳税满 40 个季度的公民	政府征收社会保障
企业年会计划	自愿性	年满 65 岁及以上公民	企业从年经营额中抽取部分资金建立,政府对该部分提供免税优惠
个人退休会计划	自愿性	年满 65 岁及以上公民	个人出资 75%,企业处 25%,交由银行或保险公司管理,政府对该部分提供免税优惠

资料来源:马凯旋、侯风云:《美国养老保险制度演进及其启示》,《山东大学学报》(哲学社会科学版)2014年第3期。

三种制度支撑着美国的医疗社保体系发展,第一部分就是美国的社会保障制度,其核心是美国的社会保险制度,分为社会养老保险、补充退休养老保险以及个人养老保险。获得法定养老金,一般必须是62岁以上、同时缴纳社会保障税十年以上的工人。领取养老金的多少也有严格的计算体系,跟社会的平均收入水平、工人的平均收入积累、工作年数等方面相关,由美国的社会保障总署负责审批和监管。企业的补充退休养老保险主要分为两种,分别是给付固定型(DB)和缴费固定型(DC)。其中缴费固定型绝大部分都是401K计划,由雇员和雇主同时按比例缴费,它最大的优点在于雇员可以自由选择购买对这部分进行投资,包括债券、储蓄、股票以及基金等多种形式。虽然在总体上有一定的限额,但是这种灵活的方式是养老保险保障和理财投资的有效结合。而个人养老保险更为弹性,主体是任何具有资金收益的人群,同时还能享受一定的税收优惠政策。

第二部分就是美国的医疗保险制度。它分为政府举办的社会医疗保障计划、团体保险计划以及个人投保的商业医疗保险计划。三大医疗保险计划都有各自相应的体系与分支,交织成网络,形成较为全面的医疗保险制度。区别是负责主体

不同,65岁及以上老年人的医疗保障负责主体是联邦政府,而团体保障和个人保障的负责主体是雇主和个人。这体现了美国社保的特点,大部分靠商业经济,无论是雇主还是个人都是自由选择,而政府主要负责特殊弱势群体及政策调控。

医疗保险制度中的社会医疗保障计划主要分为医疗照顾(Medicare)计划和医疗援助(Medicaid)计划。医疗照顾计划系统在住院保险、补充医疗保险、医疗保险选择以及处方药四个方面做了计划和细分,以下简称为ABCD四个部分。其中,住院保险为强制性保险,用于65岁及以上老年人的住院治疗 and 护理,其来源主要是在职人员的医疗保险税。而Medicare Part B则覆盖了更广的部分,也更为细化,包括医生门诊服务,家庭保健服务以及医疗设备使用服务等等,同时也包括了一些特殊病种需要支付的费用。这种细化程度是我国目前远没有达到的,也是以后我国医疗保障体系细化的参考。Medicare Part D也就是处方药计划,这项计划是目前为止美国医疗保障体系中最大的创新,同时也在一定程度上减少了患者在自费处方药上的花费,尤其是对于患有慢性病(例如高血压、冠心病、慢性气管炎、糖尿病、恶性肿瘤等等)的老年人群给予处方药补贴。医疗援助(Medicaid)计划只适用于弱势群体,像老年人、残障人士以及社会贫困人群,给予最基本的医疗帮助。它的资金来源比较广泛,既包括政府也包括雇主和个人。同时,老年人也有一定的自付部分,但是,总体在比例上分配相对均衡,使整个资源达到了相对最优化。

比较前两种医疗保障计划,商业保险计划竞争性较强。双蓝计划、团体和医疗保险组织计划就占了私人医疗保险的绝大部分。系统性对客户多需求的服务进行细分和预估,再由雇主或个人自由选择。政府同时对商业保险计划采取部分税收优惠政策。

第三部分就是美国的失业保险制度,其来源是社会保险工薪税,而这部分资金由雇主全部承担,由劳动部下属的就业和培训管理局具体实施管理,在本文中就不再具体展开介绍了。以上三种制度支撑了美国的养老社会保障,方式灵活、自由,对于相对弱势群体由政府拨款,中青年和雇主缴税,从而达到社会均衡发展。

8.1.3 美国养老社区

按照提供服务和受益对象的差异,美国养老社区有着明显的划分,主要分为生活自理型、生活协助型社区以及特殊护理型社区、持续护理退休型社区四种。从美国的养老社区分类上看,社区对于老年人的自理程度进行了很细的划分,其中生活自理型社区主要是针对70至80岁的自理老人,毛利率相对最高,达到43%-48%。入住率最高的的是特殊护理社区,高达90.80%,主要对象是慢病老人以及需要术后恢复,还有存在记忆障碍的老年人,提供各种护理及医疗服务,这部分社区的毛利率也是最低的,仅15%。生活协助性社区入住率也较高,达到90.60%,仅比特殊护理型社区少了0.2%,这部分老年人是主要是80岁以上无重大疾病的老年人,在设备上享有餐饮、娱乐、保洁、体检等一系列服务。对于刚退休不久,有自理能力的老人,入住率也达到了89.9%,如表8.2所示。

表 8.2 美国养老社区分类 (2010 年)

类型	对象	相应配备	毛利率	入住率	说明
生活自理型社区 Independent Living	70-80 岁的自理老人	基本	43%-48%	87.90%	CCRC:入住时一次性缴纳10-40 万美金会费(平均 25 万) 签订入驻长期合同、外加每月一定的服务费平均每月为 2750 美元、接受护理生活服务需要交 7000 到 8000 美元。
生活协助型社区 Assisted Living	80 岁以上,无重大疾病	餐饮、娱乐、保洁、应急、体检、生活辅助服务、用药管理、阿尔兹海默症护理	30%-37%	90.60%	若月支付为 2000 美元,累计时长达到 15 年,连同入住时一次性花销合并计算,独立生活老年人从入住到去世 CCRC 花费为 60 万美元左右。
特殊护理型社区 Skilled Living	慢性病、术后恢复、记忆障碍	各种护理及医疗服务	15%	90.80%	
持续护理退休社区 Continuing Care Retirement Communities	退休不久、能自理、不想不断更换居所	混合各种服务	30%	89.90%	

数据来源: 根据 ASHA2010 的数据分析。

美国的居家养老模式体现了美国的自由和民主，从服务地点上有全托制的“退休之家”和日托制的“托老中心”。全托制主要是居住在社区，配备完善设施并提供优质的服务。硬件设施上包括便民医疗中心、一键式应急救援系统、康体中心等，软件服务则是提供了餐饮、卫生清洁、活动咨询等生活辅助服务。日托制表现为白天在社区中心活动，晚上回家休息，这与目前我国的社区养老模式相类似，能够很好的整合资源。这样的社区中心同样设施完备，按照服务标准的不同，提供不同的星级服务。也配有阅览室、保健室、活动室等，老年人可以通过阅读、交往、制作手工艺品等丰富养老，安度晚年。

还有一种社区服务模式是上门服务。由政府财政出资，分配专业医护人员入户服务的福利性居家养老项目在美国已经建立。但这个项目只针对美国公民，由国家承担每月七百美元的服务费用和住房保险。家庭保健护理员不同于保姆，介于家政服务员与专业护士之间，该群体人员是经过系统专业的护理培训后，从事该项工作，主要服务于在家中或者住宅式护理中心的独居、伤残、及长期疾病患者。可在帮助服务对象完成洗衣做饭等基本生活需要的同时，进行健康护理和疾病预防及治疗。纽约护理中心分布广泛，已实现社区全覆盖，由中心参照老年人健康状况、行为能力进行管理调配。

所以，从整体上说，美国的居家社区养老无论从分类上，设备配比上，还是服务种类以及精细化管理上，都是很完善和多元化的。对于我国未来社区养老模式的建立、完善和发展有指导作用，对于老年人社区划分、家庭护理员制度体系的标准确立有着重要参考意义。^[1]

8.1.4 美国养老服务业的特点

美国除了建立了适应于自身的养老保障体系，在市场化的经营方式上，精细化的管理方式上，多元化的需求服务上以及高效的管理体制上都有一定的优势。^[2]

8.1.4.1 市场化经营、产业化发展

美国养老服务走市场化运营道路，这是由美国的资本主义国家性质决定，这点与我国不同，美国坚持这种方式使得在美国的养老服务业健康有序的快速的发展。首先，社会力量的有效支持使美国养老服务呈现高度的社会化、市场化。根

^[1] Gonzales E, Matz-Costa C, Morrow-Howell N. Increasing opportunities for the productive engagement of older adults: a response to population aging[J].Gerontologist, 2015, 55(2):252-261.

^[2] 美国、加拿大养老服务业经验之启示[J].社会福利,2016(03):47-49.

据美联邦的法律“任何机构、组织，其各项纯收益均不作为任何个人或者合股者的利益”，非盈利组织的关键在于营利归属。政府通过购买服务，采取税收优惠政策，为老年人提供居住、助餐、家政等服务，同时给予法律支持。^[1]

8.1.4.2 完善的医疗护理体系

在美国，对老年的健康程度有准确的划分，根据自理程度的不同，照护的程度和服务也有所不同。美国实行专人定向负责，按周期开展体检、疾病检测、疾病预防宣传等服务工作。例如，美国康州护理协会拥有234名不同级别医护资格的访家护士，年家庭护理服务量为3600人次。这种“访家护工”体系为居家老年人提供基本护理服务的同时，也为老年人和医生之间提供了连接的桥梁。^[2]美国90%以上的养老机构都是连锁机构，哈德福德埃特亚养老院最为典型，通过规模化的管理和发展，有利于树立品牌效应，同时在经济成本上也实现了节约。老年人因地域不同，养老机构改变的适应性上也得到了很大的便利。

8.1.4.3 精细化管理，服务种类多元化

在社会管理上，养老融入城市发展各领域，并提供全方位服务。其最终目的都是适宜老年人特征，便于老年人。这与我国目前国内的现状形成了鲜明的对比。在养老院的设备上，配备自动助浴设备、助听器以及助行轮椅。在服务上，从始至终均对应细化服务。政府职责明确，政策制定和执行分离，如康州老龄署只负责制定老年政策，养老机构设立许可、服务标准制定以及监督管理等工作全部由州卫生部统一负责。这种模式有效的推动了医、护、养三位一体的发展模式。^[3]

总的来说，我国的国家制度和经济程度与美国有所不同，无法像美国一样推行大规模的商业化，受经济基础和人口总数双重约束，我国的养老服务发展一定是建立在政府宏观调控的基础上的。^[4]美国商业的运作和连锁机制值得我国借鉴，以市场化的方式发展我国的养老服务业就是我国探索的结果，由于目前我国国情还无法实现老年政策制定和监管机构分权，但建立家庭护理员制度、同时推广家庭医生负责制值得我国深入学习和探索。

[1] 谢家瑾,刘寅坤.美国、加拿大社区养老考察调研报告[J].中国物业管理,2012(12):29-39.

[2] Mccann P. Urban futures, population ageing and demographic decline[J]. Cambridge Journal of Regions Economy & Society, 2017, 10(3):543-557.

[3] 王一菲. 美国养老服务业的发展及启示[N]. 中国社会报,2015-03-16(007).

[4] 吴洪彪.美国和加拿大养老服务业考察报告[J].中国民政,2010(07):23-25.

8.2 日本的长期照护保险制度

日本的老年产业发展较早，进入21世纪后，日本老年产业的发展速度更是惊人。截至2017年，日本65岁及以上老年人占总人口比重为27.05%，目前日本是世界上老龄化最为严重的国家，但是日本的养老服务体系、养老服务制度却十分的细致和完善，在养老方面的进行着多年持续探索，也使它成为养老事业发展速度最快、最完善的国家之一。^[1]

8.2.1 日本养老服务业的发展及现状

第二次世界大战以后，日本经济水平也出现了很大程度的倒退。面对众多战后的残障军人、失业人士以及战争遗属，日本以保护国民为宗旨开始逐步实行社会保障制度。到1961年，基本搭建了比较完善的全民年金全民保险制度体系。随着日本经济的高度发展，社会保障制度得到了更好的发展和补充，不仅实现了真正意义上的全民养老和医疗保险，同时也建立了相应的福利制度。日本泡沫经济崩溃以后，经济进入长期低迷，与此同时随着老龄化增加，少子高龄化愈演愈烈，面对高负担的社会保障支付，日本财政如履薄冰。开始通过修改法律和政策减少支出减少财政负担。从1990至今，日本社会保障制度处于改革时期。随着经济增长的缓慢、企业终身雇佣制的改变、人口出生率和死亡率的逐步降低、妇女职业化等众多问题愈演愈烈，财政对于社会保障支付的负担更重，所以进入改革与重塑阶段。在养老福利设施上增长迅速，日本的养老服务设施自1970年到1996年增长13806所，2001年已超过25000所。

目前日本老龄化仍然以较快的速度逐年攀升，如表8.3所示，从2011年至2017年，65岁及以上老年人口占总人口比重从23.16%上升至27.05，增长了3.89%，明显快于中国（2011年至2017年65岁及以上老年人占比增长了1.85%）。

表 8.3 日本、中国 2001 年-2017 年 65 岁及以上老年人占总人口比重（单位：%）

年份	2017 年	2016 年	2015 年	2014 年	2012 年	2011 年
日本	27.05	26.56	26.02	25.35	23.88	23.16
中国	10.64	10.12	9.68	9.31	9.02	8.79

数据来源：Wind 数据。

^[1] 王一菲. 日本养老服务业的发展及启示[N]. 中国社会报,2015-02-02(007).

8.2.2 日本的社会保障制度

日本的社会保障制度较为细致和复杂，对每一类人群的保障都进行了区分，特别是职业的不同在社会保障上有很大的差距。日本的社会保障制度体系主要包括以下5个部分组成，分别是年金保险、医疗保险、劳灾保险、雇用保险以及护理保险。本文将主要在年金、医疗和护理保险三个部分展开。

养老保险按照投保人的不同又分为国民年金（厚生年金）、共济年金以及企业年金。国民年金也是一项基础年金，分为养老储备的老龄基础年金；为伤残赔付的障碍基础年金，还有就是为死亡赔付的遗族基础年金；针对的主要对象是所有在日本生活的二十至六十岁的人员。厚生年金则不同，主要是针对企业员工设置的保险制度，对于已经缴纳满二十五年的企业员工就可以享受到厚生年金；同时对企业也有一定的要求，自营业者和五人以上的企业都必须加入厚生年金。共济年金的对象主要是公务员和学校的教职工，企业年金的对象就是企业员工，企业年金相对弹性较大，保费有企业全部承担的，也有个人部分承担的，这个与前面提到的美国的401K保险制度基本相似。

第二部分是关于日本的医疗保险体系，日本的医疗保险制度分为健康保险和国民健康保险。两者对象不同，分别是工薪阶层和自营业者、退休人员等。日本的医疗体系发展相对较早，早在1958年日本就实现了全民覆盖的医疗保险。

表 8.4 日本医疗保险制度

保险	征收性质	对象	管辖机构
国民健康保险	强制性	一般国民 1 年以上外国常驻者（非强制）	全国健康保险协会
企业（组合）保险	强制性	企业及企业联盟人员	地方（城市）健康保险协会
共济保险	强制性	公务员	原生省
船员保险	强制性	船舶工作者	全国健康保险协会
自卫官保险	强制性	自卫官及相关学员	防卫省
后期高龄者医疗保险（长寿医疗保险）	-	75 岁及以上老年人	地方后期高龄者医疗广域联合

数据来源：穆光宗：《银发中国-从全面二孩到成功老龄化》，2016 年第 175 到 190 页。

第三部分是护理保险，也就是日本的介护保险体系。由于社会的快速发展，人们生活水平和健康意识的提高，日本的人口平均寿命在世界上也位居前列。低

死亡率和出生率,使得日本在老年人照料上的困难日益加重。对于罹患慢性病的老年人、年纪过长的老年人,医疗保险只解决了治病的问题,但对于日常的出行、饮食洗浴等基本问题却没有得到解决。在这种情况下,2000年,日本针对40岁以上老年人出台了护理保险制度,具体的保费标准,根据各个地方的实际情况,由地方政府制定。

随着时间的推移,日本也在经济与财政之间平衡过度改革,在给付和负担之间平衡过度改革,在国家财政负担和个人与企业灵活负担上平衡过度改革,同时逐步实现碎片化的政策整合,在现在以及未来也在逐步实现医疗诊治到预防的过度转型。

8.2.3 日本养老服务业发展的特点

8.2.3.1 完善的法律体系保障

日本的养老法律体系相对完善,在1974年公布了《收费养老院设置运营指导方针》,对养老机构的属性、人员等建立了行业标准。1982年《老人保健法》出台,注重培训家庭护理员并普及托老所。1987年,日本通过了《社会福利师和介护福利师法》,随后日本政府接连出台了《推进老年人保健福利10年战略》、《介护保险制度》以及《国民养老金法》等政策。如今的日本依然持续出台并逐步完善相关政策和法律法规,进一步巩固和加强养老服务事业的监管,为其发展提供强有力的法律保障。

8.2.3.2 长期照护与短期照护制度相互补充

日本的国土面积很小,但养老机构众多,2009年已达16001家,十年增长81.98%,通过养老机构的快速增加已足够满足日本老龄化的严峻程度。日本根据老年人长、短期照护的不同需求提供不同的养老服务。“日托”服务针对的是对于65岁出行不便的老年人,护工接老年人到社区护理中心看护,提供就餐、功能康复训练、日间照料等服务。^[1]短期的护理服务也是针对65岁及以上老年人,在老年出院和回家之间的过渡阶段提供入住服务。短期与长期照顾相互补充,对老年人不同形式的照料实现有效衔接,这也是日本照护服务的优势,不仅可以为老年人提供最便利的服务,同时可以使服务资源的使用效率最大化。

^[1] 张俊浦.日本养老经验对我国社会养老服务体系建设的启示[J].改革与战略,2014,30(08):136-140.

8.2.3.3 日本老年人再就业程度较高

日本作为老龄化急速增长的国家，经济发展迅速的同时，对于劳动力的需求也越来越大。政府在2013年4月1日开始实施《老年人就业稳定法》，增强对老年人人力资源的管理。随着老龄化程度的加深和劳动力需求的与日俱增，日本将老年人的退休年龄由60岁推延至65岁，不仅有利于老年人劳动价值的再创造，也有利于减轻企业负担和国家财政压力。根据日本内阁府《平成25年度人口老龄白皮书》，从2003年到2013年的十年间，日本60-64岁再就业老年人数从292万人增加到了459万人，65岁及以上再就业老年人数从218万增加到了375万人。分析日本老年人再就业的主要原因还是来自经济层面，2012年6月1日到2013年5月31日的一年期间，日本厚生劳动省《高年龄雇佣状况报告中》60岁退休企业的退休情况如下（图8.1），在日本76.5%的老年人都有延聘再工作，只有1.2%的老年人没有这方面的考虑。由于就业人口的数量和日本养老政策的完善，日本在整个再就业理念上要比我国好的多。

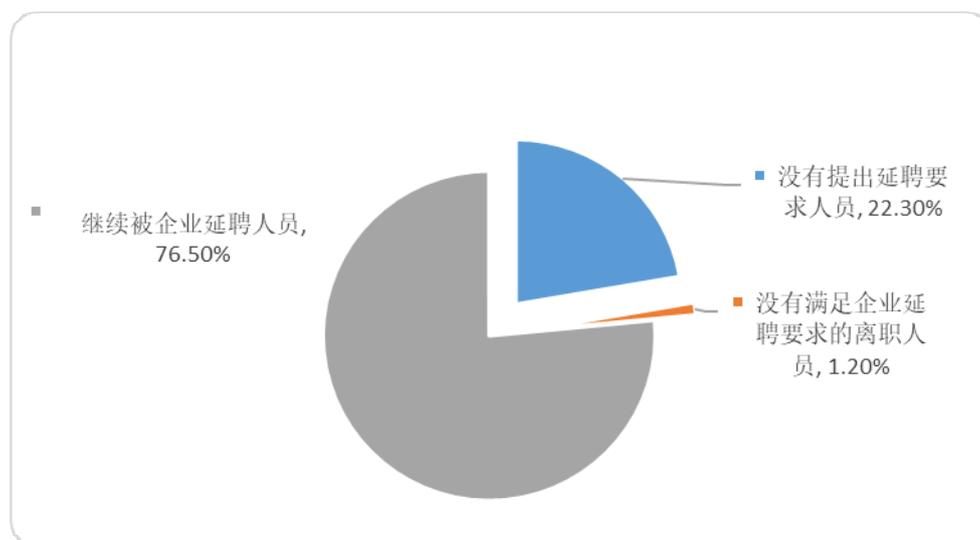


图 8.1 日本 60 岁退休企业的退休人员情况

资料来源：根据日本厚生劳动省平成 25 年（2013 年）《高年龄者的雇佣情况》计算。

总的来说，日本的养老服务业在长、短期照护服务衔接上和法律法规的完善上都很领先。作为东方国家，日本有再就业意愿的退休老年人占了绝大部分，日本的老年人再就业比例也比我国高的多，虽然考虑到日本的人口老龄化发展早于我国，但法律法规的健全、政府和相关企业给予的支持也起到了很大作用，这点

是特别需要我国借鉴的。

8.3 英国税收筹资体制养老模式

基于国家的文化、政治、经济等因素，欧洲的医保养老模式主要分为两类。一类是以英国为代表的，意大利、西班牙等南欧国家的税收筹资体制，另一类是以德国为代表的社会保险体制。其中也有一部分国家保留着两种体制混合发展。经过上百年的发展，英国已经形成了一套由政府主导的相对完整的医疗服务体系，包括机构照护和家庭照护。主要通过国民医疗服务体系（NHS）实现诊治和药品医疗等相关费用由政府直接购买服务。NHS制度的优点就是公民可以免费享受医疗，而不用个人承担任何费用，这是英国公民的福利。但缺点也是资金全部来源于税收，总体支出相对较大。

8.3.1 英国的养老服务业发展

英国作为世界上第一个工业化国家，经济发展较早，进入老龄化的时间也较早。经过上百年的历史发展，英国已经形成了一套由政府主导的全体系保障，属于典型的“福利国家”。地方政府负责社会照护服务及资金筹集，税收是其主要来源，对公共财政的依赖相对较少^[1]2011年7月4日，建立新的社会照护基金体系建议由社会照护与支持基金委员会联合提交。2012年7月，英国政府发布了关于《社会照护基金改革的进展性报告》，指出政府赞同限定社会照护成本这一基金改革最基本原则，同时指出最高限额应该排除生活成本，并放宽机构照护的家计调查等。财富拥有者依旧自己支付照护服务，但责任不再是无限的。^[2]预计到2030年英国85岁以上老年人总数将翻倍，若制度维持不变，成年人照护与支持的公共支出占 GDP比将在2026年增加至1.25%。因此，在这种情况下，英国现行社会照护体系急需变革。

8.3.2 英国的税收筹资体制

英国以机构照护和家庭照护为主体服务形式，需求评估为使用基础。公民须通过家计调查，依据是个人的工资收入和财产状况享受免费社会照护或补贴，不

^[1] Karlsson M, Mayhew L, Plumb R, et al. Future costs for long-term care[J]. Health Policy, 2006(2):187-213.

^[2] 钟慧澜,章晓懿.从国家福利到混合福利:瑞典、英国、澳大利亚养老服务市场化改革道路选择及启示[J].经济体制改革,2016(05):160-165.

涵盖配偶、子女、亲属财力状况。这意味着服务成本的分担将伴随在使用社会照护服务的始终,以收入水平不同来区分标准,如超过既定标准,则需要全额支付。

英国已经形成的这套由政府主导的体系是国民医疗服务体系,也就是National Health Service,简称NHS。1948年正式实施了NHS法案,主要是通过国家税收筹资体制,相关的医疗费用由政府直接和提供服务者对接。这也类似于政府购买服务,其中包括诊治和药品,并不向个人收取费用。税收政策一出台,极大的鼓舞了英国的民心 and 士气,也很好的解决战后人们承担的压力。NHS制度在医疗诊治上,是由公民个人选择全科医生进行诊治,再根据疾病的不同类型及严重程度确定就诊的先后顺序,这些全科医生的相关费用和奖金都由政府负责出资。

NHS制度为基础医疗的保障奠定了基础。由于每一年的医疗保障资金受历年经济状况影响,资金额度不同,所以出台了“等待”政策。等待人群是基于疾病的严重先后采取免费诊治的,而对于一些相对不严重的疾病,不论患者的财力与权利,都不在优先治疗的范围内。另外一个缺点就是在相对偏僻的农村地区,全科医生为了获得更高的收入和更多的患者,往往忽略诊治,这就导致了就诊的资源不平均,为社会的平衡发展埋下了伏笔。全科医生和公民之间建立了一定的约定关系,但也存在个别医生为提高公民后续续约带来的奖金,而故意放弃一些续约高风险的患者。同时全科医生和政府合作通常都是固定工资,工资水平相对较低,这也往往导致英国国内的全科医生经常移民美国等地区去寻求更高的收入和发展。美国医生的薪资要高于NHS制度下的全科医生三倍,这也是导致全科医生医疗水平近些年持续下滑的原因之一。

但总体说来,NHS支付制度还是广泛的受到人们的认可,我国台湾地区也是接近于这种医疗制度,NHS制度以及英国未来的医养结合产业的发展也趋于疾病预防和居家照料上。但在国家免费公共服务无法负担时,施行以商业保险为养老服务补充,服务方式更快速、更高效。

8.4 对我国养老服务业发展的启示

从美国的商业模式到日本全覆盖的社会保障体系,再到英国的税收筹资体制和德国的社会养老模式,这些发达国家都较早的进入了老龄化社会,比我国进行的养老探索历程要久,有很多地方值得我国深入学习和借鉴。例如美国的商业化、

市场化操作模式，很好的实现了政府主导，社会企业良性竞争；日本有专门的机构精细化、规范化、标准化的制定每一项养老相关政策和执行相关内容的实施；英国有一套完备的全科医生负责制；而德国更是具备实现照护资源良性循环的“时间储备”计划。但任何一个国家的制度和模式都不可以照搬照抄，我国是发展中国家且人口基数庞大，具备自身的特点，总的来说启示如下。

8.4.1 从养老保障到医养结合和疾病预防意识转变

我国应实现从医疗保障到医养结合和疾病预防的转变。我国应借鉴英国的全科医生责任制，考虑到我国一直以来人口基数较大，实现全民医保困难重重。目前虽然做不到全科医生的广覆盖，但可以在社区增加全科医生的覆盖率，同时提高疾病预防，预防先于治疗，特别是在全民的体检意识普及等方面。在全国的数据调查中，一般人三年以上都没有做过体检，基本上大部分人都是有病才到医院去治疗，而多于20%的人群第一时间都不去医院，选择自己到附近药店买药或者亲人朋友推荐用药。这种意识也使得我国疾病防范的发展太过缓慢，轻病不从医，最后导致大病治疗及医保的比例大幅上升。加快医保意识的转变和疾病意识的防范是我国医养结合养老的关键。^[1]

8.4.2 建立完善的长期照护制度

同东方文化的沉淀相关，我国的养老模式结构决定了居家养老是养老模式发展的重点，老年人更看重以家庭形式为中心的养老。这使得完善长期照护制度成为必然，老年人长期照护制度应从特定群体做起，可以借鉴德国的“储蓄时间”计划，增加年轻人义工照护时间积累，增加专业培训。不仅缓解我国专业照护人员的资源短缺，也为年轻人的社会道德修养打下基础。^[2]在制度层面上，国家应该不断完善长期照护制度，特别是对照护人员的保护法律不够完善，导致社会上钻法律空子的不良现象屡屡出现，从而影响了行业的良性稳定发展。在社会和企业层面，应同时加大医疗照护保险的投入，政府也应该给予一定的税收优惠政策，从而推进医养结合养老产业的良性发展。

^[1] 包世荣.国外医养结合养老模式及其对中国的启示[J].哈尔滨工业大学学报(社会科学版),2018,20(02):58-63.

^[2] 肖云,杨光辉.我国社区居家养老服务人员队伍结构优化研究——以 564 名社区居家养老服务人员为例[J].西北人口,2013,34(06):95-99+105.

8.4.3 创新医养结合养老模式

西方发达国家的医疗和社会保障体系在养老模式上有很多值得我们借鉴的地方。例如美国的401K计划、英国的NHS医疗服务体系、德国的时间储蓄计划以及日本针对对象不同细分的医疗保障计划。^[1]但是,在创新我国医养结合养老模式^[2]时要根据我国切实的国情,切勿照搬照抄,强化医疗服务,推动新的医养结合模式的发展才是关键。在医疗资源匮乏的地区,政策上偏斜,差异对待,政府扶持为主。在医疗资源相对丰富的地区,政府扶持为辅,以市场化方式良性竞争缩小医疗成本,减小财政压力。同时,在医院的闲置改制上、医药的药价限控上、护理人员的专业培训上都应该加大力度,实现全面化的稳定医养结合养老环境。

8.4.4 提高养老机构的服务能力

我国养老机构的主要问题是资源不平衡、不匹配。一些政策扶持力度大、资源相对优化的机构,床位供不应求,另一方面,部分地区由于医疗资源匮乏、地理环境恶劣、相关政策缺失等等原因,床位空置率非常高,这其中最大的原因就是供需不匹配。提高服务能力不仅旨在提高机构的刚性条件和需要,也在于提高专业技术人员的服务态度和专业度上。对于没有服务能力的养老机构,政府应帮助他们与附近的医疗机构建立连通渠道,在医保审批和政策扶持上也应该给一定的优惠政策。

8.4.5 加强政策整合和整体规划力度

在医养结合养老服务上,我国没有专一的管理部门,涉及医养结合的管理机构相互交织,相互重叠。所以,在政策的执行上,部门相互之间经常发生偏移,出现分歧,导致推行受到重重障碍发展缓慢。^[3]在这方面,在政府的宏观调控下,政策的碎片化整合尤为重要,也是高效推进的关键。^[4]在区域地理环境刚性条件和医疗资源的软性条件上应该提前规划,避免医疗资源不匹配的情况越演越烈。实现养老规划的制定、养老机构的整合、社区照护的分配,政府规划宏观调控,

^[1] Chomik R, Piggott J. Population Ageing and Social Security in Asia[J]. Asian Economic Policy Review, 2015, 10(2):199-222.

^[2] Jakovljevi, Mihajlo. Population ageing alongside health care spending growth[J]. Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo, 2017:113-113.

^[3] 祁峰.完善我国居家养老的对策[J].经济纵横,2014(01):35-38.

^[4] 李长远,张举国.养老服务本土化中政府责任的偏差及调整[J].人口与发展,2013,19(06):84-89.

企业、社会、基金协同发展，医疗机构在养老服务中的协作机制健全等。

最后也要注意，根据国外发展的经验，^[1]在长期护理上，我国由于商业性医养结合的成本较高，在我国社会经济尚不发达的条件下，很难实现“广覆盖”，因此应该建立社会化筹资的保险制度。实现从商业性的发展模式到商业和社会化共同合作协同发展模式，最后再到覆盖全面的强制养老模式。最终形成慢病管理、疾病预防、疾病治疗、长期照护、老年娱乐及老年再就业六位一体的医养结合养老模式，最终实现我国特色的医养结合养老。

所以，借鉴发达国家的经验，探索切实符合我国实际国情的方法和途径，形成长期照护制度，发挥人力资源优势，采取合理有效的方法和模式，完善制度和专业的技能培训，创新养老模式，提高养老机构的服务能力，加强政策的整合和整体规划力度，才能建立从医疗保障到医养结合和疾病预防完善制度，为养老服务的进一步发展和探索提供坚实的保障。

^[1] Jackson N, Cameron M P. The Unavoidable Nature of Population Ageing and the Ageing-Driven End of Growth -an Update for New Zealand [J]. Journal of Population Ageing, 2017(1):1-26.

第9章 结论与建议

基于我国当前经济形势和健康中国战略,人口问题衍生的经济问题、资源问题、环境问题层出不穷。针对我国养老服务业需求、发展现状及问题需要提前做好应对方案。从2020年至2035年,我国60岁及以上老年人口大约以平均每年1000万的速度增加,快速老龄化使我国养老服务业面临着重重挑战。目前,我国养老服务业没有统一的标准,服务体系不健全,养老服务各种资源供需不匹配。在养老服务种类上,模式相对单一化,不够精细化,健康管理服务以及精神慰藉服务内容不健全。在政策和管理上,政策存在碎片化且没有统一的管理机构。完善适合中国国情的现代养老保障制度,建立统一的养老服务体系标准是解决养老问题的根本之策,也是未来的发展趋势。

9.1 结论

当前我国经济已经进入新常态阶段,国家在面临着促进经济发展和保障民生双重压力的同时,还要面对越来越严重的人口老龄化问题,但目前我国应对人口老龄化的物质、制度及社会基础准备还不补充。所以,要深化我国医疗体制机制改革,推动健康科技创新,积极应对人口老龄化,加快发展养老服务业,完善和发展新的养老服务业模式,探索符合中国特色的养老保障制度,满足老年人服务需求,有利于保障和改善民生,能够吸纳大量人员就业,提高居民收入水平,促进社会和谐,推进经济社会持续健康发展,具有重大的社会效益和经济效益。

我国的养老服务业在处于探索发展的新阶段,老年人养老服务需求形式呈多样化发展的新趋势,养老服务供给与需求存在矛盾,长期照护需求与优质机构、社区医疗服务之间的矛盾明显。同时,专业照护人员缺失严重,农村养老服务设施不足,农村家庭照护资源获得性下降。

居家与社区相融合发展是我国养老服务业发展的大势所趋,养老服务业在服务方式上向着多元化、精细化的方向发展;在养老模式上,向着社区+居家一体化的方向融合发展;在新兴养老服务业发展上,向着与其他行业融合的方向发展,并且与大健康产业结合的更加紧密。

总的来说,通过本文的理论梳理和对我国养老服务业经济产出效应、养老护理人员需求效应以及需求影响因素实证分析,得出以下结论:

第一,目前,我国人口总抚养比、老年抚养比呈上升趋势,人口老龄化日趋严重,呈现出老龄化规模大、老龄化速度快、地区之间老龄化发展不平衡、城乡老龄化存在差异、人口老龄化与经济发展不匹配等特点。通过梳理我国老年人健康状况,发现老人普遍认为自身健康状况一般或者不好,且老年人患有慢性病的概率逐年递增,同时老年人口数量增加,共同导致我国老年人养老服务需求扩大。

第二,我国人口老龄化发展导致老年人养老服务需求增长,特别是日常照料需求、医疗保健需求、精神慰藉需求、社会参与需求。老人的日常照料需求主要取决于家庭状况和自理能力;自理老人更倾向于日常照料需求中的助衣、助洁服务;随着老龄化进程的加快和老年人寿命的延长,老年人的日常照料需求加剧且女性老年人需要照料的比例高于男性。

第三,养老服务的需求影响因素与很多自变量相关,其中健康程度以及经济状况对于养老需求的选择影响最大;年龄越大需求越明显,对于日常照护和医疗保健的需求越明显;教育程度主要影响老年人的养老模式选择情况;在性别上,女性老年人的养老服务需求要高于同龄男性老年人的养老服务需求。生理因素的不可逆变化使老年人的日常照护、医疗保健、精神慰藉养老服务需求相应增加;根据检验结果,随着年龄阶段的增加、健康状况的恶化,老年人对于日常照护的需求也越大,城镇老年人对于日常照料需求大于农村老年人。

第四,老年人对于医疗保健的需求较大,特别是半自理和不能自理的老人对医疗保健需求明显;农村老年人对于医疗保健的需求较大;60岁以上老年人罹患慢病的比例是总人口罹患慢病比例的3.2倍。经济状况较好的老年人的精神慰藉需求明显;老人的精神慰藉需求往往容易被子女忽视,精神关怀的缺失容易引起老年人心理疾病。经济状况、身体状况与老年人社会参与需求有直接关系,老年人身体状况与老年人社会参与需求呈正相关。更多老年人渴望社会参与,但参与途径有待突破。从娱乐方式来看,老年人越来越渴望多种多样的娱乐方式。

第五,我国养老服务业供需存在差距。目前,我国老年人口数量呈现爆发式增长,养老服务业发展的经济基础、设施条件等准备还不充足,如何在短时间内发展养老服务业需要探索。养老服务需求迅速扩大,探究新的养老服务模式十分

有必要，新型养老服务业模式不断涌现，主要包括：保险养老社区模式、智慧养老模式、互联网+养老模式、医养结合养老模式、候鸟式养老模式、以房养老模式。但是养老服务业的发展还难以满足日益增长的需求，主要存在以下问题：养老服务业供需不匹配、养老服务核心服务功能定位不准、机制与政策不完善、农村家庭老年照护体系不足、养老服务专业护理人员短缺等。

第六，养老服务业发展对宏观经济有重要影响，养老服务产出规模呈现扩大趋势，预计到2030年中国GDP达到1691578.2亿元；老年消费占比会不断快速提高，将增长到16.12%；养老服务业的产出规模会得到进一步扩大，2030年将达到230976.0亿元；养老服务业在国民经济中所占的比重也随之不断提高，比重将增长到11.21%。

第七，截止到2017年，大多数省份的养老服务业产出占比呈现提高趋势，除山西省、辽宁省、广西壮族自治区以及内蒙古自治区养老服务业相对规模下调外，所有省份的绝对规模都相应扩大。江苏省养老服务业产出规模最大为8404.84亿元；西藏自治区养老服务业产出规模最小为90.65亿元，养老服务业省际产出存在差异。

第八，中国现在以及未来养老服务业护理员缺口都巨大。中国老年人健康状况趋于恶化态势，老年人口增加，需要提供介助和介护服务的老年人口数量急剧上升，这两方面共同引致未来养老护理人员潜在需求急剧扩大。2010年、2015年中国老年人养老护理员需求人数分别为1548万人、1875万人，对比实际供给人数，2010年缺口1537.51万人、2015年缺口1843.18万人，虽然实际护理员人数已经显著升高，但随着人口老龄化的加剧，老年人数增加，对于护理员的需求人数也在上升，增长幅度远远赶不上实际需求的程度。预计到2020年，养老护理员的求人数为2403万人，到2030年扩大到4117万人。受到老年人健康状况恶化的影响，2030年中国65岁及以上老年人健康状况为自理和介护的人数分别24267万人和5894万人。

总体来看，在人口老龄化的浪潮下，发展养老服务业是积极应对人口老龄化的重要措施，是实现“健康中国”战略的重要保障。养老服务业发展对宏观经济有重要影响，养老服务产出规模呈现扩大趋势，老年消费占比也不断快速提高。我国老年人口数量增加、身体健康状况一般共同导致我国老年人养老服务需求扩

大且需求更加多元化,其中,老年人对于医疗保健需求最明显。在养老护理员供给与需求上存在较大差异,目前存在养老护理员缺口,预计未来缺口将会更大,且省际差异性明显。我国未来需要创新养老模式,提高养老机构服务能力,加强政策整合和整体规划力度,为养老服务的探索提供坚实的保障。养老服务业需向多样性创新发展,多元化主体共同参与,深化居家社区养老服务业,增加农村医养结合体系的搭建,加强养老服务专业人员培养,完善多种养老需求并存下,与各行各业交互发展。

9.2 促进我国养老服务业发展的政策建议

我国养老服务业发展要以老年人的身心健康和利益为中心,坚持政府主导、社会参与、全民关怀的原则,根据老年人具体需求提供配套服务,升级服务质量,与社区联合建立配套的养老信息平台。笔者根据目前我国养老服务业的现状和问题,以及国外发达国家的养老服务业发展经验对我国的启示,提出如下促进养老服务业发展的建议。

9.2.1 构建多元主体共同参与养老服务体系

我国老龄化问题严峻,随之相关的健康、医疗、社会福利问题以及整个社会的经济问题也较为突出。在这种形势下,老年人口总量大,单独依靠政府发展我国养老服务业的难度相当大且发展也相对缓慢,政府的投入资金有限,需要鼓励和带动民间资本和社会资本进入养老市场,将政府资本同民间资本有效的进行规划和梳理,紧密结合,由政府资本拉动民间资本,而后者积极作用于前者,实现共同参与满足老年人的多种需求的作用。社会力量既包括社区、非营利性机构、企业,又包括政府和家庭。养老服务业与其他行业不同,政府仍然担负主体责任,在政策的制定和整合上起决定性作用,政府投入资金推动产业化发展,同时购买服务也起到监管的作用。另外,以市场化竞争和互助机制发展养老服务更容易提高服务效率,和其他行业融合发展也能在更大程度上形成多元化服务机制。

借鉴国外发展经验,政府可结合我国自身特点,参考效仿合理的市场化手段建立养老服务业项目,例如养老服务的购买、实行委托制、授予机构代理权、签订政府与企业间合同等方法形式,让更多的民间组织、第三方机构加入其中,

来分担政府层面的压力。政府可以从两个角度参与养老服务发展,一种是利用合理政策,让资金直接注入生产者,例如养老机构床位补贴政策或国家拨款财政资金引导,投入养老服务产业项目。另一种是政府以资金资助的形式补贴给消费者,由消费者自主选择,生产者在政府的监管下参与市场竞争。政府通过统制价格等手段监管,保护老年消费者群体的利益。

由于我国养老行业具备特殊性,也基于我国的基本国情,既需要依靠市场,也不能完全依靠市场,需要政府政策的宏观调控,建立一部分福利性、一部分微利的养老服务业才是根本。

9.2.2 完善养老保障制度,深化社区居家养老服务业

我国家庭机构趋于小型化,独居老人、孤寡老人以及空巢老人的数量剧增,我国老年人健康状况一般,越来越多的青年人工作生活节奏加快无暇照料老年人,这种情况下必将导致养老服务功能外移。增强社区养老服务能力,打造居家养老服务平台是符合我国实际发展状况,也是未来重要的发展方式和途径。实施和推广居家社区养老服务业能有效的补充和缓解我国老年人整体经济水平、保障水平低的不良局面,同时降低“三无”老人入住养老机构政府福利性质援助成本。

在国外的经验中,特别是在西方国家,家庭照料的形式较少,将照料部分转移到社区照料的形式较为普遍。这也是本文所探讨的居家社区养老模式,深化这种模式是我国未来养老服务业发展的增长点。在政府资金和政策双重带领下,将社会保障制度与社区机构建设融合在一起,为老年人提供养老服务需求,同时利用社区平台,搭建我国老年人信息网络平台,为我国健康事业起到强有力的支撑。发展我国养老服务业的同时,提高社区养老的专业化程度,增强了政府的职能。由于社区人员有限,发展社区人员的同时应该倡导多种形式的志愿者活动和老年人的互帮互助活动,从而满足了老年人的社会参与需求。

9.2.3 完善服务业管理体系,加大政策整合力度

根据不同年龄阶段、经济状况以及健康状况的老年人的实际需求应该搭建适合不同情况的养老服务体系。养老服务涉及部门较多,建立有效的工作机制至关重要。在管理体制上,对社区养老服务也应当建立相应的标准和规范,如义工和志愿者的参与、社会工作的介入等,应当建立明确的制度和要求。尤其在医养结

合领域，更应该建立权责分明，规范化、统一化的体系标准，由统一养老专项机构制定养老服务业的各项规章和具体实施制度，再由老龄委等实行监管。[1]这样，避免了权责混乱不清以及管理过程中的问题纠纷。由专项部分或者机构负责，专项问题专项办，才有利于我国养老服务业朝着健康的方向有序发展。

另外，宏观调控、零星政策的有效整合也是重点问题，这些都是养老服务业得以更好更快发展的关键。合理地、具有前瞻性地规划好区域地理环境刚性条件和医疗资源的软性条件，才能更好的解决医疗资源不匹配的矛盾。

9.2.4 提高养老服务人员专业水平，加强护理人员待遇

人力和资金是不可或缺的两项根本，增加我国养老服务业人员的专业水平，加强护理人员待遇，也是满足老年人服务需求的一项标准。养老服务人员可以分为三类，一类是社区从事养老服务工作的社区工作人员。社区工作人员的水平局限于政府事务性工作，对于老年人的养老服务态度、照料方式等都需要培训跟加强。社区工作人员在很多时候对社区老年人的服务态度不是特别友好，这也导致了服务满意度的下降。在社区从业人员的福利待遇和相关方面还需要加强，鼓励更多人群加入到我国养老服务业的建设当中。

第二类是一切社会组织的养老服务业从业人员，包括社区的照料员，养老机构的护工、以及相关服务的提供人员。没有经过专业技术培训和护理资料的人员居多，亟待成立我国的养老服务人员培训以及评价体制。从专业的程度培训相关从业人员，政府也应该对养老服务的从业人员上增加相应的补贴政策，以鼓励人力资源的增加。通过专业的机构，加速我国服务专业技术人员的综合素质也是养老服务的关键。还包括引导和整合大专院校，加快培养养老护理、老年服务管理、医疗保健、护理、康复、药膳指导、健康养生、心理咨询等专业人才，大力开展岗位培训和职业培训。

第三类是社会资源的参与者以及养老服务业研究人员的学术高度，提高自身科研能力对于我国目前养老服务业发展趋势和环境认识尤为重要。在接受国外先进养老经验的同时，要更合理有效地探索符合我国实际社会发展需要，归纳和总结出同我国实际国情相吻合的养老服务业经验，盲目的推崇和复刻将滞缓我国养

[1] 刘红芹,包国宪.政府购买居家养老服务的管理机制研究——以兰州市城关区“虚拟养老院”为例[J].理论与改革,2012(01):67-70.

老服务业的发展。特别是企业的管理者，建立养老机构连锁模式，精细养老居家社区管理机制等等。

综上所述，我国的养老模式需向多元化创新发展，多元化主体共同参与，深化居家社区养老服务业，增加农村医养结合体系的搭建，提高相关养老服务专业人员的能力水平，实现管理体系逐步完善、政策整合力度逐步加大的良好局面，完善多种养老需求并存下与各行各业交互发展。让养老行业发展影响和推动我国经济发展，同时探索出我国未来养老服务业的发展路径。

9.2.5 鼓励养老服务业模式创新发展

随着近几年养老服务业的发展、科技的进步以及多元化需求加大，我国新兴养老模式呈现“百家争鸣”、“百花齐放”的局面，这正是创新型养老服务业模式对我国养老发展的新探索、新尝试、新突破。^[1]

---推进医养结合养老模式，构建互融式服务模式，把医疗和居家养老有效结合、协同发展，推上更高层次；重点关注农村医养结合养老模式体系建设，让问题从需求最高、问题最集中的群体得以缓解。鼓励有条件的医疗机构为患有严重疾病的老年人提供上门服务，鼓励形成四种医养结合新兴模式。鼓励综合医院专业医护人员走进社区，普及疾病预防和慢性病管理知识。建立养老服务、社区医疗合作长效机制，配置最优医疗资源为老年人提供日常医疗护理和健康管理等相关服务。^[2]

---推动养老服务与教育融合发展。一方面，鼓励和支持高等院校、中等职业学校开设老年医学、长期护理、康复治疗、心理咨询等养老服务相关专业和课程，增加养老专业人才的储备。另一方面，整合改造闲置的教育机构、现有设施，大力增建老年大学，为老年人提供再学习、再教育的场所和设施。通过购置、置换等方式鼓励社会力量兴办培训学校，提供人才保障。

---推动养老服务与金融业融合发展。加大金融机构对老年人市场的重视程度，加速研发和推广适用于老年人的新产品，提供满足老年人经济需要的理财、保险、养老储蓄等服务，同时开发并加强“保单养老”、“养老储蓄”、“养老信托”、“养老住房反向抵押贷款”等新型养老服务模式。

^[1] 王伟. 人口老龄化背景下的县域养老问题研究[D].山东大学,2016.

^[2] 于潇,包世荣.健康中国背景下医养结合养老模式研究[J].社会科学战线,2018(06):295.

---推动养老服务与文化、体育产业融合发展。以老年文化旅游、老年文化出版为龙头，深化文化体制改革，实现旅游、出版、广播电视和文化艺术业市场开发的有机结合，推进老年文化产业与“文化养老”模式的发展。此外，以市场化的方式促进养老服务与体育产业的有机融合，丰富低龄老人体育活动方式和模式，在满足老年人强身健体需求的同时，引领体育产业的发展。

---推动养老服务与旅游休闲业融合发展。紧紧依托气候与自然资源条件优势，生态资源优势，体验地域互补性的旅游养老服务。进行优势互补，积极探索“旅游养老”、“景区养老”、“生态养老”、“田园养老”、“休闲养老”、“候鸟式养老”等新型养老方式。

---推动养老服务与饭店、餐饮业融合发展。饮食作为衣、食、住、行中非常重要的一方面，在养老服务中也是一个十分关键的环节。随着老年人身体机能的退化，消化系统逐渐衰弱，需要均衡搭配营养，合理搭配食物，保证营养的吸收。尤其是诸多老年人患有糖尿病、高血压等疾病，需要专业的糖尿病餐、高血压餐等，只有精细化的服务及科学的膳食改善才能满足这些需求。饭店业、餐饮行业要将老年餐饮列入未来新的经营重点，开发老年营养餐、糖尿病餐、高血压餐等新的菜品，以满足老年人日益增长的特殊饮食需求。在养生药膳方面，餐饮业在立足于自身特色的基础上，可与中医药食材相结合，推出养生药膳，给老年人在饮食方面提供更多更好的选择，从而拉动老年人的餐饮消费。在便利餐饮方面，随着新兴消费业态快速兴起，餐饮业出现了外卖外送等新型服务方式。餐饮企业可以将新菜品与这些新型服务方式结合，开展营养餐配送业务，使老年人可以足不出户就能就近享受定制化的专业餐饮服务。

---推动养老服务与其他行业融合发展。生产商围绕老年人群体，根据其特点设计和研发全方位的配套产品，更好地满足老年人基本生活需要，同时为老年人提供更为周到、丰富的服务。

9.2.6 加强养老服务监管，制定服务标准和行业标准

我国养老服务业的迅猛发展还依赖于政府、国家、企业以及市场的各方多重保障，需要通过建立体检机制，确保规范运行。进一步深化养老服务业管理体制和运行机制改革，一是要建立跨部门的协调机制，明确职责与分工，将各部门的

工作优势变为工作合力，创新工作方式，合力推动养老服务产业化发展。二是要建立有效的管理激励约束机制，资金使用绩效。三是要建立养老服务业市场化定价机制，规范养老服务收费行为。四是量化养老服务业发展目标，建立绩效考核机制。五是要强化责任追究制度和风险防控制度，保障老年人消费权益。六是完善统计制度，建立需求评估体系。在发展养老服务产业的初期，紧紧依靠优惠政策的激励扶持作用，制定相关法律法规，规范市场环境。

对于养老服务产业的一些新兴产业，从项目审批与企业准入的事前监管着手，对事中与事后的监管进行实时跟踪。建立严格的养老服务行业准入和退出机制，优化、完善市场监管和运营评估，督导和指导养老机构标准化规范化管理，提升服务水平和质量，针对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依法严格查处。由老龄委、民政厅、财政厅以及相关部门共同遵循市场化原则，对资金投向、投资配置等进行监管，建立产业发展绩效评价制度，定期进行政策目标、政策效果、资产情况、产业发展情况等绩效评估考核。

在养老服务产业发展初期，要发挥好政策优惠的激励扶持作用，清理和整顿产业市场环境并配备严格的法律法规。以全方位、多元化的政策支持体系为依托，发挥政策资源的聚集效应。利用政府采购服务优惠、财政投入、土地用房供应等政策，配以税费优惠、投融资等多个方面，为养老服务产业的健康可持续发展提供综合性的政策支持体系。健全市场规范和行业标准、建成涵盖养老服务基础通用地方标准、建立社会养老服务体系评估标准、建立科学合理的养老服务定价机制、健全养老服务统计机制，为及时调整养老服务业市场化发展战略和规划提供依据。

9.2.7 建立健全养老服务业信息系统

在县级以上层面建立信息管理系统，准确掌控辖区内老年人口数量，明确养老服务设施地理分布等基础数据；利用社区搭建信息服务系统，整合平台信息，采用大数据动态管理模式；形成“互联网+”全国养老机构管理服务综合平台，以科技支撑养老服务业的市场化发展。实现老年人健康信息档案管理，慢病监控跟进，老年人需求管理以及老年人基本现状规范收集等。支持养老机构建立包括采集老年人信息、服务缴费、日常管理在内的信息系统。

参考文献

- [1] 朱勤,魏涛远.中国人口老龄化与城镇化对未来居民消费的影响分析[J].人口研究,2016,40(06):62-75.
- [2] 杨菊华,杜声红.长期照护保险资金筹措:现状、困境与对策思考[J].中国卫生政策研究,2018,11(08):8-14.
- [3] 茆长宝,穆光宗,武继磊.少子老龄化背景下全面二孩政策与鼓励生育模拟分析[J].人口与发展,2018,24(04):56-65+76.
- [4] 蔡昉.中国如何通过经济改革兑现人口红利[J].经济学动态,2018(06):4-14.
- [5] 蔡昉,都阳.转型中的中国城市发展——城市级层结构、融资能力与迁移政策[J].经济研究,2003(06):64-71+95.
- [6] 陈斌开,伏霖.发展战略与经济停滞[J].世界经济,2018,41(01):52-77.
- [7] 吴敬琏.产业政策面临的问题:不是存废,而是转型[J].兰州大学学报(社会科学版),2017,45(06):1-9.
- [8] 吴敬琏.以供给侧改革应对“四降一升”挑战[J].中国经贸导刊,2016(03):27-28.
- [9] 林毅夫.新结构经济学的理论基础和发展方向[J].经济评论,2017(03):4-16.
- [10] 都阳.人口转变的经济效应及其对中国经济增长持续性的影响[J].中国人口科学,2004(05):35-41+81.
- [11] 穆光宗.“医养”该如何“结合”?[J].中国卫生,2018(07):20-21.
- [12] 原新.医养结合:养老服务业的供给侧改革[J].中国卫生,2018(07):22-23.
- [13] 卢敏,彭希哲.基于期望余寿理论的老年定义新思考与中国人口态势重新测算[J].人口学刊,2018,40(04):5-18.
- [14] 原新.积极应对人口老龄化是新时代的国家战略[J].人口研究,2018,42(03):3-8.
- [15] 杜鹏,董亭月.老龄化背景下失智老年人的长期照护现状与政策应对[J].河北学刊,2018,38(03):165-170+175.
- [16] 穆光宗.美国人的“品质养老”[J].中国社会工作,2018(11):22-23.
- [17] 彭希哲,宋靓琚,茅泽希.中国失能老人问题探究——兼论失能评估工具在中国长期照护服务中的发展方向[J].新疆师范大学学报(哲学社会科学)

- 版),2018,39(05):102-118+2.
- [18]原新.医养结合是应对老龄化的应有之义[J].人口与计划生育,2018(04):16-21.
- [19]穆光宗.低生育时代的养老风险[J].华中科技大学学报(社会科学版),2018,32(01):1-7.
- [20]任远.中国老人的未来——新式连锁养老院[J].劳动保障世界,2009(08):83-85.
- [21]姚从容,李建民.人口老龄化与经济发展水平:国际比较及其启示[J].人口与发展,2008(02):80-87.
- [22]童玉芬,廖宇航.健康状况对中国老年人劳动参与决策的影响[J].中国人口科学,2017(06):105-116+128.
- [23]翟振武,陈佳鞠,李龙.2015~2100年中国人口与老龄化变动趋势[J].人口研究,2017,41(04):60-71.
- [24]陈友华,艾波.人口老龄化与社会保险制度的可持续性[J].唯实,2017(07):15-17.
- [25]桂世勋.应对老龄化的养老服务政策需要理性思考[J].华东师范大学学报(哲学社会科学版),2017,49(04):78-84+163.
- [26]李树茁,徐洁,左冬梅,曾卫红.农村老年人的生计、福祉与家庭支持政策——一个可持续生计分析框架[J].当代经济科学,2017,39(04):1-10+124.
- [27]韩兆彩,李树茁,左冬梅.农村老年人死亡焦虑的测量——基于 DAQ 量表的验证与分析[J].人口学刊,2017,39(04):82-92.
- [28]冯剑锋,陈卫民.我国人口老龄化影响经济增长的作用机制分析——基于中介效应视角的探讨[J].人口学刊,2017,39(04):93-101.
- [29]王桂新,干一慧.中国的人口老龄化与区域经济增长[J].中国人口科学,2017(03):30-42+126-127.
- [30]穆光宗.转折中的中国人口——《国家人口发展规划(2016-2030)》解读[J].中国社会工作,2017(05):24-27.
- [31]杜鹏,孙鹃娟,张文娟,王雪辉.中国老年人的养老需求及家庭和社会养老资源现状——基于2014年中国老年社会追踪调查的分析[J].人口研究,2016,40(06):49-61.
- [32]宋璐,李亮,李树茁.老年人照料孙子女对农村家庭代际矛盾的影响研究[J].心理科学,2016,39(05):1137-1143.

- [33]穆光宗.成功老龄化之关键:以“老年获得”平衡“老年丧失”[J].西南民族大学学报(人文社科版),2016,37(11):9-15.
- [34]翟振武,陈佳鞠,李龙.中国人口老龄化的大趋势、新特点及相应养老政策[J].山东大学学报(哲学社会科学版),2016(03):27-35.
- [35]杨蕾,杜鹏.智慧旅游背景下的老年群体出游影响路径与帮扶策略研究[J].山东社会科学,2016(06):170-176.
- [36]桂世勋.全面两孩政策对积极应对人口老龄化的影响[J].人口研究,2016,40(04):60-65.
- [37]彭希哲,胡湛.当代中国家庭变迁与家庭政策重构[J].中国社会科学,2015(12):113-132+207.
- [38]陈友华,吴凯.社区养老服务的规划与设计——以南京市为例[J].人口学刊,2008(01):42-48.
- [39]原新.独生子女家庭的养老支持——从人口学视角的分析[J].人口研究,2004(05):48-54.
- [40]杨道兵,陆杰华.我国劳动力老化及其对社会经济发展影响的分析[J].人口学刊,2006(01):7-12.
- [41]穆光宗.中国传统养老方式的变革和展望[J].中国人民大学学报,2000(05):39-44.
- [42]穆光宗,姚远.探索中国特色的综合解决老龄问题的未来之路——“全国家庭养老与社会化养老服务研讨会”纪要[J].人口与经济,1999(02):58-64+17.
- [43]翟振武.中国城市化与城市人口老龄化的趋势与对策[J].中国人口科学,1996(05):11-17.
- [44]桂世勋.合理调整养老机构的功能结构[J].华东师范大学学报(哲学社会科学版),2001(04):97-101+127.
- [45]陆杰华.我国老龄产业研究评述及展望[J].北京大学学报(哲学社会科学版),2002(01):135-140.
- [46]王莹莹,童玉芬.中国人口老龄化对劳动参与率的影响[J].首都经济贸易大学学报,2015,17(01):61-67.
- [47]翟振武,李龙.老年标准和定义的再探讨[J].人口研究,2014,38(06):57-63.

- [48]童玉芬.人口老龄化过程中我国劳动力供给变化特点及面临的挑战[J].人口研究,2014,38(02):52-60.
- [49]陆杰华,王伟进,薛伟玲.中国老龄产业发展的现状、前景与政策支持体系[J].城市观察,2013(04):5-13+21.
- [50]穆光宗.美国社区养老模式借鉴[J].人民论坛,2012(22):52-53.
- [51]楼玮群,桂世勋.上海高龄体弱老人家庭亲属照顾者的生活满意度:照顾资源的作用[J].人口与发展,2012,18(03):74-81.
- [52]穆光宗.我国机构养老发展的困境与对策[J].华中师范大学学报(人文社会科学版),2012,51(02):31-38.
- [53]丁建定.居家养老服务:认识误区、理性原则及完善对策[J].中国人民大学学报,2013,27(02):20-26.
- [54]于潇,孙猛.中国人口老龄化对消费的影响研究[J].吉林大学社会科学学报,2012,52(01):141-147+160.
- [55]王松岭,范中原,李奎.“十二五”期间城镇养老服务业对 GDP 贡献预测研究[J].商业时代,2013(04):119-121.
- [56]周绪凤.基于马尔科夫模型的中国养老护理员需求量预测研究[D].苏州大学,2018.
- [57]席晶,程杨.北京市养老机构布局的时空演变及政策影响[J].地理科学进展,2015,34(09):1187-1194.
- [58]吕学静,丁一.北京市老年人网络养老服务需求意愿及影响因素分析——基于“北京市城市老年人网络养老需求意愿”调查数据[J].社会保障研究,2013,17(01):117-124.
- [59]臧少敏.“医养结合”养老服务的开展现状及模式分析——以北京市为例[J].老龄科学研究,2015,3(12):42-47.
- [60]刘辛.北京市海淀区社区养老服务问题的调查研究[J].劳动保障世界(理论版),2010(10):7-10.
- [61]杨翠迎,鲁於,杨慧.我国养老服务发展中的财政政策困境及改进建议——来自上海市的实践与探索[J].陕西师范大学学报(哲学社会科学版),2018,47(05):15-24.

- [62]穆光宗.我国机构养老发展的困境与对策[J].华中师范大学学报(人文社会科学版),2012,51(02):31-38.
- [63]石贝贝,王金营.人口发展变化对区域消费影响的实证研究——基于中国省级区域的数据[J].人口研究,2014,38(01):77-89.
- [64]胡宏伟,时媛媛,肖伊雪.公共服务均等化视角下中国养老保障方式与路径选择——居家养老服务保障的优势与发展路径[J].华东经济管理,2012,26(01):119-123.
- [65]杨钊.法国多样化产业化养老服务模式的发展及启示--兼论我国养老服务业发展[J].当代经济管理,2014,36(07):88-91.
- [66]刘红芹,刘强.居家养老服务的制度安排与政府角色担当[J].改革,2012(03):66-71.
- [67]UNDP《促进中国养老服务体系发展的财税政策研究》课题组,靳东升,白景明,陈琍.促进中国养老服务体系发展的财税政策研究[J].财政研究,2012(04):10-13.
- [68]唐振兴.对发展中国养老服务业的思考[J].老龄科学研究,2014,4(2):13-21.
- [69]巢莹莹,张正国.上海市养老服务业供给侧改革路径选择--基于 PPP 模式[J].经济论坛,2016(04):16-19.
- [70]王丽华,段力萨,刘阳等.三甲综合医院开展“医养结合”路径实践探析[J].中国医院,2016,20(04):32-34.
- [71]朱铭来,贾清显.我国长期护理需求测算及保障模式选择[J].中国卫生政策研究,2009,2(07):32-37.
- [72]俞卫,刘柏惠.我国老年照料服务体系构建及需求量预测--以上海为例[J].人口学刊,2012(04):3-12.
- [73]李建新.轮生育政策与中国人口老龄化[J].人口研究,2000,24(02):9-13.
- [74]刘爽.人口均衡具有重要的社会发展内涵[N].中国人口报,2010-8-2(003)
- [75]张恺梯,郭平.中国人口老龄化与老年人状况蓝皮书[M].北京:中国社会出版社,2010:5-10.
- [76]李仲生.人口经济学[M].北京:清华大学出版社,2006,318-320..
- [77]邬沧萍,姜向群.“健康老龄化”战略刍议[J].中国社会科学,1996(05):52-64.

- [78]刘爽,卫银霞,任慧.从一次人口转变到二次人口转变——现代人口转变及其启示[J].人口研究,2012,36(01):15-24.
- [79]王争亚,吕学静.福利多元主义视角下我国养老服务供给主体问题解析[J].中国劳动,2015(04):73-78.
- [80]杨雪,侯力.中国人口老龄化对经济社会的宏观和微观影响[J].人口学刊,2011,04:46-50.
- [81]付波航,方齐云,宋德勇.城镇化、人口年龄结构与居民消费——基于省际动态面板的实证研究[J].中国人口·资源与环境,2013,23(11):108-114.
- [82]辜胜阻,方浪,曹冬梅.发展养老服务业应对人口老龄化的战略思考[J].经济纵横,2015(09):1-7.
- [83]赵青.我国社区居家养老模式的现状及问题浅析[J].今日南国(中旬版),2010,07:4-6.
- [84]耿永志.养老服务业发展研究:目标、差距及影响因素[J].湖南社会科学,2013(03):113-116.
- [85]王莉莉.中国居家养老政策发展历程分析[J].西北人口,2013,34(02):66-72.
- [86]张乃仁.社会化养老服务体系构建研究综述[J].南阳师范学院学报,2013,12(04):6-12.
- [87]张娜,苏群.农村老年人居住意愿与社会养老服务体系构建研究[J].南京农业大学学报(社会科学版),2014,14(06):62-69.
- [88]倪东生,张艳芳.养老服务供求失衡背景下中国政府购买养老服务政策研究[J].中央财经大学学报,2015(11):3-13.
- [89]吕国营,韩丽.中国长期护理保险的制度选择[J].财政研究,2014(08):69-71.
- [90]戴卫东.长期护理保险制度理论与模式构建[J].人民论坛,2011(29):31-34.
- [91]王增文.农村老年人口对养老服务供给主体的社会认同度研究——基于宗族网络与农村养老服务政策的比较[J].中国行政管理,2015(10):124-128.
- [92]黄俊辉,李放,赵光.农村社会养老服务需求评估——基于江苏 1051 名农村老人的问卷调查[J].中国农村观察,2014(04):29-41.
- [93]马光川.居家养老服务的双重困境及其突破[J].山东社会科学,2016(03):82-87.
- [94]霍雨慧.农村社会养老服务体系中的政府监管责任[J].人民论

- 坛,2015(36):50-52.
- [95]戴卫东.长期护理保险:中国养老保障的理性选择[J].人口学刊,2016,38(02):72-81.
- [96]陈莉,卢芹,乔菁菁.智慧社区养老服务体系构建研究[J].人口学刊,2016,38(03):67-73.
- [97]同春芬,汪连杰.“互联网+”时代居家养老服务的转型难点及优化路径[J].广西社会科学,2016(02):160-166.
- [98]温海红,张永春,文成.陕西省城镇社区养老服务现状分析及其体系构建——基于西安市的调查分析[J].西北大学学报(哲学社会科学版),2013,43(05):134-139.
- [99]回良玉.深入学习贯彻党的十八届六中全会精神充分发挥民政在构建和谐社会中的重要基础作用——在第十二次全国民政会议上的讲话[J].中国民政,2006(12):7-14.
- [100]王琼.城市社区居家养老服务需求及其影响因素——基于全国性的城市老年人口调查数据[J].人口研究,2016,40(01):98-112.
- [101]赵广会.试析我国现行退休制度对基本养老保险制度建设的制约[J].对外经贸,2016(02):120-121.
- [102]郭志刚,刘鹏.中国老年人生活满意度及其需求满足方式的因素分析——来自核心家人构成的影响[J].中国农业大学学报(社会科学版),2007(03):71-80.
- [103]曾毅,陈华帅,王正联.21世纪上半叶老年家庭照料需求成本变动趋势分析[J].经济研究,2012,47(10):134-149.
- [104]林闽钢,梁誉.准市场视角下社会养老服务多元化筹资研究[J].中国行政管理,2016(07):70-76.
- [105]吉鹏.社会养老服务供给主体间关系解析——基于委托代理理论的视角[J].社会科学战线,2013(06):184-189
- [106]陈蓉,胡琪.上海市人口老龄化态势及社区居家养老服务体系构建[J].劳动保障世界(理论版),2012(10):26-31.
- [107]安洋.影响社区养老需求的因素分析——基于山东省社区养老需求现状的 Logistic 回归模型[J].科技视界,2014(23):157-158.

- [108] 李长远.“互联网+”在社区居家养老服务中应用的问题及对策[J].北京邮电大学学报(社会科学版),2016,18(05):67-73.
- [109] 田北海,王彩云.城乡老年人社会养老服务需求特征及其影响因素——基于对家庭养老替代机制的分析[J].中国农村观察,2014(04):2-17+95.
- [110] 肖云,杨光辉.我国社区居家养老服务人员队伍结构优化研究——以 564 名社区居家养老服务人员为例[J].西北人口,2013,34(06):95-99.
- [111] 王莉莉.中国城市地区机构养老服务业发展分析[J].人口学刊,2014,36(04):83-92.
- [112] 童星.发展社区居家养老服务以应对老龄化[J].探索与争鸣,2015(08):69-72.
- [113] 王莉莉.基于“服务链”理论的居家养老服务需求、供给与利用研究[J].人口学刊,2013,35(02):49-59.
- [114] 曹煜玲.我国老年人的照护需求与服务人员供给分析——基于对大连和南通的实证研究[J].人口学刊,2014,36(03):41-51.
- [115] 史薇,谢宇.城市老年人对居家养老服务提供主体的选择及影响因素——基于福利多元主义视角的研究[J].西北人口,2015,36(01):48-54.
- [116] 章晓懿,梅强.社区居家养老服务绩效评估指标体系研究[J].统计与决策,2012(24):73-75.
- [117] 章晓懿.政府购买养老服务模式研究:基于与民间组织合作的视角[J].中国行政管理,2012(12):48-51.
- [118] 张国平.农村老年人居家养老服务的需求及其影响因素分析——基于江苏省的社会调查[J].人口与发展,2014,20(02):95-101.
- [119] 李薇,丁建定.中国居家养老服务的发展状况研究[J].当代中国史研究,2014,21(01):90-98+128.
- [120] 钱亚仙.老龄化背景下的社会养老服务体系研究[J].理论探讨,2014(01):162-165.
- [121] 张歌.居家养老服务资金的政策效果分析——以上海为例[J].河南大学学报(社会科学版),2015,55(02):75-82.
- [122] 韩艳.中国养老服务政策的演进路径和发展方向——基于 1949-2014 年国家层面政策文本的研究[J].东南学术,2015(04):42-48+247.

- [123]张宗光,孙梦露,高上雅,杜秀芳.对医疗卫生和养老服务实行一体化资源配置模式的思考[J].中国卫生经济,2014,33(09):8-10.
- [124]张晓杰.医养结合养老创新的逻辑、瓶颈与政策选择[J].西北人口,2016,37(01):105-111.
- [125]王建云.“医养结合”养老服务模式下资源整合路径研究[J].老龄科学研究,2015,3(12):48-57.
- [126]钟春洋.完善社会养老服务体系的五个重点问题[J].经济纵横,2015(01):28-32.
- [127]桂雄.当前我国社会养老服务体系存在的问题和建议[J].经济纵横,2015(06):100-103.
- [128]张智勇,赵俊,石园.养老服务集成商的服务质量决策分析[J].管理工程学报,2015,29(02):160-166.
- [129]王晓峰,刘帆,马云博.城市社区养老服务需求及影响分析——以长春市的调查为例[J].人口学刊,2012(06):34-39.
- [130]刘晓梅.我国社会养老服务面临的形势及路径选择[J].人口研究,2012,36(05):104-112.
- [131]陈友华.居家养老及其相关的几个问题[J].人口学刊,2012(04):51-59.
- [132]美国、加拿大养老服务业经验之启示[J].社会福利,2016(03):47-49.
- [133]谢家瑾,刘寅坤.美国、加拿大社区养老考察调研报告[J].中国物业管理,2012(12):29-39.
- [134]王一菲.美国养老服务业的发展及启示[N].中国社会报,2015-03-16(007).
- [135]吴洪彪.美国和加拿大养老服务业考察报告[J].中国民政,2010(07):23-25.
- [136]王一菲.日本养老服务业的发展及启示[N].中国社会报,2015-02-02(007).
- [137]张俊浦.日本养老经验对我国社会养老服务体系建设的启示[J].改革与战略,2014,30(08):136-140.
- [138]钟慧澜,章晓懿.从国家福利到混合福利:瑞典、英国、澳大利亚养老服务市场化改革道路选择及启示[J].经济体制改革,2016(05):160-165.
- [139]包世荣.国外医养结合养老模式及其对中国的启示[J].哈尔滨工业大学学报(社会科学版),2018,20(02):58-63.
- [140]肖云,杨光辉.我国社区居家养老服务人员队伍结构优化研究——以564名社

- 区居家养老服务人员为例[J].西北人口,2013,34(06):95-99+105.
- [141] 祁峰.完善我国居家养老的对策[J].经济纵横,2014(01):35-38.
- [142] 李长远,张举国.养老服务本土化中政府责任的偏差及调整[J].人口与发展,2013,19(06):84-89.
- [143] 刘红芹,包国宪.政府购买居家养老服务的管理机制研究——以兰州市城关区“虚拟养老院”为例[J].理论与改革,2012(01):67-70.
- [144] 于潇,包世荣.健康中国背景下医养结合养老模式研究[J].社会科学战线,2018(06):295.
- [145] 乔晓春.对《加速人口老龄化 促进社会经济发展》一文的几点看法[J].中国人口科学,1988(02):39-41+34.
- [146] 尹惠茹.城市非营利性养老机构养老服务能力评价研究[D].吉林大学,2017.
- [147] 周玉.北京市社会养老服务体系构建的金融支持研究[D].首都经济贸易大学,2018.
- [148] 邹贺文.我国养老服务业政府规划研究:[D].南昌:江西财经大学,2014,13-26.
- [149] 李乐.养老服务社会化中的地方政府职能优化研究:[D].上海:复旦大学,2013,33-50.
- [150] 王明珠.哈尔滨市养老服务业政策评价研究:[D].哈尔滨:东北林业大学,2014,20-26.
- [151] 常振.合肥市养老服务业发展研究:[D].芜湖:安徽师范大学,2012,15-20.
- [152] 金易.人口老龄化背景下中国老年人力资源开发研究:[D].长春:吉林大学,2012,35-40.
- [153] 赵莹.科学发展观视域下老年人才资源开发研究:[D].大连:大连海事大学,2015,58-69.
- [154] 杨贞贞.医养结合养老服务筹资模式构建与实证研究:[D].杭州:浙江大学,2014,33-50.
- [155] 王伟.应对人口老龄化的中国养老保障制度研究[D].北京:中央民族大学,2009,15-18.
- [156] 刘禹君.中国老龄产业市场化发展研究[D].吉林大学,2017.
- [157] 彭伟霞.上海市静安区老年人健康期望寿命及其对策研究[D].上海:复旦大学

- 学,2013,20-29.
- [158]张乐川. 我国延长法定退休年龄政策可行性研究[D].华东政法大学,2011.9-12.
- [159]修宏方. 社区服务支持下的居家养老服务研究[D].南开大学,2013.
- [160]章晓懿. 城市社区居家养老服务质量研究[D].江苏大学,2012.
- [161]黄清峰. 中国养老服务产业发展研究[D].武汉大学,2014.
- [162]刘帆. 人口老龄化背景下我国城镇老年人再就业问题研究[D].吉林大学,2013.
- [163]王伟. 人口老龄化背景下的县域养老问题研究[D].山东大学,2016.
- [164]新华网. 习近平提出,提高保障和改善民生水平,加强和创新社会治理 [EB/OL].(2017-10-18)[2017-12-2].http://www.xinhuanet.com/politics/19cpcnc/2017-10/18/c_1121820849.htm.
- [165]计划生育家庭发展司. 中共中央、国务院关于加强老龄工作的决定 [EB/OL].(2000-08-21)[2017-12-2].<http://www.nhfpc.gov.cn/jtfzs/s3581c/201307/e9f0bbfea6c742ec9b832e2021a02eac.shtml>.
- [166]民政部. 关于加快实现社会福利社会化的意见:国办发[2000]19号 [A/OL].(2008-09-08)[2018-2-2].<http://shfl.mca.gov.cn/article/zcfg/200809/20080900019761.shtml>.
- [167]中华人民共和国审计署. 中共中央组织部、人力资源和社会保障部关于印发《关于进一步加强新形势下离退休干部工作的意见》的通知:中组发[2008]10号[A/OL].(2008-3-26)[2018-2-2].<http://www.audit.gov.cn/n577/n704/n705/c65749/content.html>.
- [168]中华人民共和国中央人民政府. 国务院办公厅关于印发社会养老服务体系规划建设规划(2011-2015年)的通知:国办发[2011]60号[A/OL].(2011-12-27)[2018-2-2].http://www.gov.cn/zwggk/2011-12/27/content_2030503.htm.
- [169]中华人民共和国中央人民政府. 国务院关于加快发展养老服务业的若干意见:国发[2013]35号 [A/OL].(2013-9-13)[2018-2-2].http://www.gov.cn/zwggk/2013-09/13/content_2487704.htm.
- [170]中共中央、国务院.“健康中国2030”规划纲要 [EB/OL].(2016-10-25)[2017-12-2].

- http://www.xinhuanet.com/health/2016-10/25/c_1119786029.htm.
- [171] 山西省人民政府. 山西省人民政府关于支持社会力量发展养老服务业的若干政策措施: 晋政发 [2015]39 号 [A/OL]. (2015-10-11)[2018-5-2]. http://www.shanxigov.cn/sxszfzfw/bmfw/sbly/shfl/201607/t20160708_171066.shtml.
- [172] Prettner K. Population aging and endogenous economic growth[J]. *Journal of Population Economics*, 2013, 26(2):811-834.
- [173] Lyons A C, Grable J E, Joo S H. A Cross-Country Analysis of Population Aging and Financial Security[J]. *Journal of the Economics of Ageing*, 2018.
- [174] Prettner K. Population aging and endogenous economic growth[J]. *Journal of Population Economics*, 2013, 26(2):811-834.
- [175] Beard J R, Bloom D E. Towards a comprehensive public health response to population ageing.[J]. *Lancet*, 2015, 385(9968):658-661.
- [176] Kulik C T, Ryan S, Harper S, et al. Aging populations and management[J]. *Academy of Management Journal*, 2014, 57(4):929-9.
- [177] Bloom D E, Canning D, Fink G. Implications of population ageing for economic growth[J]. *Oxford Review of Economic Policy*, 2010, 26(4):583-612.
- [178] Lloyd-Sherlock P. Population ageing and health[M]Population ageing and international development From generalisation to evidence. 2010.
- [179] Lee T C, Yang C L, Wang T M. Population Aging and NHI Expenditures in Taiwan[J]. *Journal of Population Studies*, 2011.
- [180] Cai J, Stoyanov A. Population aging and comparative advantage[J]. *Journal of International Economics*, 2016, 102:1-21.
- [181] Chen X, Huang B, Li S. Population ageing and inequality: Evidence from China[J]. *World Economy*, 2017(2).
- [182] McGrattan, Ellen R; Prescott, Edward C. On financing retirement with an aging population[J]. *Quantitative Economics*, 2017, 8(1), 1-30.
- [183] Poterba J M. Retirement Security in an Aging Population[J]. *American Economic Review*, 2014, 104(5):1-30.
- [184] Lisenkova K, Bornukova K. Effects of population ageing on the pension system in Belarus[J]. *Baltic Journal of Economics*, 2017, 17(2):103-118.
- [185] Doty P, Nadash P, Racco N. Long-Term Care Financing: Lessons From France[J]. *Milbank Quarterly*, 2015, 93(2):359-391.
- [186] Guo K L. Risk Management and Quality Management in Long-Term Care

- Organizations: A Collaborative Model[J]. *Risk Hazards & Crisis in Public Policy*, 2012, 2(1):1-14.
- [187] Kurach R. International diversification of pension funds using the cointegration approach: The case of Poland[J]. *Transformations in Business & Economics*, 2017, 16(2):42-54.
- [188] Hupfeld S. Rich and healthy-better than poor and sick? An empirical analysis of income, health, and the duration of the pension benefit spell[J]. *Journal of Health Economics*, 2009, 28(2):427.
- [189] Wang X Q, Chen P J. Population ageing challenges health care in China[J]. *Lancet*, 2014, 383(9920):870.
- [190] Bloom D E, Chatterji S, Kowal P, et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses.[J]. *Lancet*, 2015, 385(9968):649-657.
- [191] Gonzales E, Matz-Costa C, Morrow-Howell N. Increasing opportunities for the productive engagement of older adults: a response to population aging[J]. *Gerontologist*, 2015, 55(2):252-261.
- [192] Mccann P. Urban futures, population ageing and demographic decline[J]. *Cambridge Journal of Regions Economy & Society*, 2017, 10(3):543-557.
- [193] Karlsson M, Mayhew L, Plumb R, et al. Future costs for long-term care[J]. *Health Policy*, 2006(2):187-213.
- [194] Chomik R, Piggott J. Population Ageing and Social Security in Asia[J]. *Asian Economic Policy Review*, 2015, 10(2):199–222.
- [195] Jakovljevi, Mihajlo. Population ageing alongside health care spending growth[J]. *Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo*, 2017:113-113.
- [196] Jackson N, Cameron M P. The Unavoidable Nature of Population Ageing and the Ageing-Driven End of Growth -an Update for New Zealand [J]. *Journal of Population Ageing*, 2017(1):1-26.
- [197] Á Ní Léime, Street D . Working later in the USA and Ireland: implications for precariously and securely employed women[J]. *Ageing & Society*, 2018:1-25.
- [198] Tomioka K , Kurumatani N , Hosoi H . Social Participation and Cognitive Decline Among Community-dwelling Older Adults: A Community-based Longitudinal Study[J]. *Journals of Gerontology*, 2016, 73(5):gbw059.
- [199] Muramatsu N , Akiyama H . Japan: Super-Aging Society Preparing for the

- Future[J]. *The Gerontologist*, 2011, 51(4):425-432.
- [200] Kawachi I , Berkman L F . Social ties and mental health[J]. *Journal of Urban Health*, 2001, 78(3):458-467.
- [201] Stuck A E, Walthert J M, Nikolaus T, et al. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review[J]. *Social Science & Medicine*, 1999, 48(4):445-469.
- [202] Cornell P Y , Grabowski D C . The Impact of Policy Incentives on Long-Term Care Insurance and Medicaid Costs: Does Underwriting Matter?[J]. *Health Services Research*, 2018.
- [203] Goda G S . The impact of state tax subsidies for private long-term care insurance on coverage and Medicaid expenditures[J]. *Journal of Public Economics*, 2011, 95(7-8):744-757.
- [204] Koss C , Ekerdt D J . Residential Reasoning and the Tug of the Fourth Age[J]. *The Gerontologist*, 2016:gnw010.
- [205] Pillemer K , Czaja S , Schulz R , et al. Finding the Best Ways to Help: Opportunities and Challenges of Intervention Research on Aging[J]. *The Gerontologist*, 2003, 43(Supplement 1):5-8.
- [206] Christensen K , Doblhammer G , Rau R , et al. Ageing populations: the challenges ahead.[J]. *Lancet*, 2009, 374(9696):1196.
- [207] Watson S . Book review: *Age in the Welfare State: The Origins of Social Spending on Pensioners, Workers, and Children*, by J. Lynch[J]. *Comparative Political Studies*, 2009.
- [208] Ichida Y , Kondo K , Hirai H , et al. Social capital, income inequality and self-rated health in Chita peninsula, Japan: a multilevel analysis of older people in 25 communities[J]. *Social Science & Medicine*, 2009, 69(4):489-499.

附录 中国养老服务政策演变表

中国养老服务政策演变（1980 年至今）			
时间	政策名称	部门或地区	主要内容
1982 年	《中华人民共和国宪法》	中央	成年子女有赡养扶助父母的义务
1983 年	《关于老龄工作情况与今后活动计划要点》	全国老龄工作委员会	有计划有步骤地建立有关老年人的各种协会、学会、老年人活动中心、老年人之家，并建议各部门可就各自主管的业务范围，开设老年人医院、老年人门诊所、老年人家庭病床、轮回看病；开设老年人日间公寓，解决日间无人照顾老年人的困难
1985 年	《关于加强我国老年医疗卫生工作的意见》	卫生部等	大力发展家庭病床，并提出在“面向行动不便的老年病人”时，要“把家庭病床作为解决老年人住院难的便民措施”
1985 年	《中国残疾人事业五年工作纲要》	残联部门	充分发挥基层卫生网、社区服务网和残疾人家庭的作用，发展社区康复，逐步形成以康复机构为骨干，以社区康复为基础的符合我国国情的康复体系
1989 年	《中华人民共和国城市居民委员会组织法》	中央	居民委员会应当开展便民利民的社区服务活动，可以兴办有关的服务事业
1991 年	《民政事业发展十年规划和“八五”计划纲要》	民政部门	普及和发展城市社区服务，推动城市社会福利向社会化的方向迈进一步，大力发展社区服务
1991 年	《中国残疾人事业“八五”计划纲要的制定与实施》（1991）	残联部门	残疾人康复尽可能在自然的社区和家庭环境中进行，康复服务要以社区、家庭训练为重点

1992 年	《中共中央、国务院关于加快发展第三产业的决定》	中央	大力发展第三产业，“居民服务业”成为我国第三产业的重点发展项目
1993 年	《关于加快发展社区服务业的意见》	民政部门	社区服务业以老年人、残疾人、优抚对象服务和便民利民服务为主要内容，要 85% 以上街道兴办一所社区服务中心，一所老年公寓(托老所)”，并在设施建设、税收、服务价格等方面的优惠上都做出了规定
1994 年	《中国老龄工作七年发展纲要（1994—2000）》	老龄部门	要坚持家庭养老与社会养老相结合的原则，逐步形成以社区为中心的生活服务、疾病医护、文体活动、老有所为四大服务体系。在城镇大力发展社区服务业，帮助解决老年人特别是高龄老人和残疾老年人生活照料问题，在农村，以家庭养老为基础，与社区扶持相结合，发扬子女赡养老人的优良传统
1996 年	《中华人民共和国老年人权益保障法》	中央	规定老年人养老主要依靠家庭，提到发展社区服务，逐步建立适应老年人需要的生活服务、文化体育活动、疾病护理与康复等服务设施和网点
1996 年	《中国残疾人事业“九五”计划纲要》	残联部门	康复服务要以社区、家庭训练为重点
1997 年	《民政事业发展“九五”计划和 2010 年远景目标纲要》	民政部门	大力发展社区服务
1999 年	《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》	卫生部门	社区卫生服务要以妇女、儿童、老年人、慢性病人、残疾人等为重点

时间	政策名称	部门或地区	主要内容
2000 年	《中共中央国务院关于 加强老龄工作的决定》	中央	建立以家庭养老为基础、社 区服务为依托、社会养老为 补充的养老机制
2000 年	《民政事业发展“十五” 计划和 2015 年远景目标 纲要（草案）》、《关于 加快实现社会福利社会 化的意见》、《关于在全 国推进城市社区建设的 意见》	民政部	以福利服务机构为骨干、社 区福利服务网络为依托、居 家供养为基础的社会福利 服务体系，并将此作为推进 社会福利社会化的目标
2000 年	《关于加强社区残疾人 工作的意见》	残联部门	——
2001 年	《“社区老年福利服务星 光计划”实施方案》、《全 国社区建设示范城基本 标准》	民政部	建立和完善社区老年福利 服务网络，为居家养老提供 支持，为社区照料提供载 体，为老年人活动提供场所
2001 年	《中国老龄事业发展“十 五”计划纲要 （2001—2005 年）》	老龄部门	大力发展社区老年照料服 务作为“十五”期间的重要 任务，提出要依托社区老年 服务设施，逐步优化支持老 年人居家养老的社会和社 区环境
2001 年	《关于 2005 年城市社 区卫生服务发展目标的 意见》、《关于加强老年 卫生工作的意见》	卫生部门	把老年卫生服务列入社区 卫生服务的重要内容，纳入 社区发展规划。并提出通过 提供家庭出诊、家庭护理、 日间观察、临终关怀等服 务，把老年人大部分的基本 健康问题就近解决在社区
2001 年	《中国残疾人事业“十 五”计划纲要》	残联部门	——
2002 年	《中国精神卫生工作规 划（2002—2010 年）》	卫生部门	——
2002 年	《关于进一步加强残疾 人康复工作意见的通知》	残联部门	——
2004 年	《关于进一步加强精神 卫生工作指导意见的通 知》	残联部门	——

2005 年	《关于支持社会力量兴办社会福利机构的意见》	民政部门	鼓励和扶持企事业单位、社会团体和个人等各种社会力量投资兴办养老机构
2005 年	《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十一个五年规划的建议》	中央	——
2005 年	《关于进一步做好社区组织的工作用房、居民公益性服务设施建设和管理工作的意见》	民政部门	——
2005 年	《全国健康教育与健康促进工作规划纲要》、《中国护理事业发展规划纲要（2005—2010 年）》	卫生部门	——
2005 年	《关于进一步将残疾人社区康复纳入城乡基层卫生服务的意见》	残联部门	——
2006 年	《关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定》、《关于全面加强人口和计划生育工作统筹解决人口问题的决定》、《关于加强和改进社区服务工作的意见》	中央	倡导居家养老的理念，整合社会服务资源，建立为老服务体系
2006 年	《中国老龄事业发展“十一五”规划》、《关于加快发展养老服务业的意见》（2006）、《关于加强基层老龄工作的意见》、《中国老龄事业的发展（2006）》	老龄部门	第一次提出“养老服务业”概念，形成以家庭为主体、社区为依托、机构为补充”的社会福利体系
2006 年	《民政事业发展第十一个五年规划》	民政部门	——
2006 年	《关于加快发展城市社区卫生服务的意见》、《城市社区卫生服务机构管理办法（试行）》	卫生部门	——
2006 年	《中国残疾人事业“十一	残联部门	——

	五”发展纲要》		
2007年	《关于加快发展服务业的若干意见》	中央	——
2007年	《“十一五”社区服务体系发展规划》	民政部门	——
2007年	《卫生事业发展“十一五”规划纲要(2007)》	卫生部门	——
2007年	《社区康复“十一五”实施方案》	残联部门	——
2008年	《关于全面推进居家养老服务工作的意见》	老龄办、民政部	发展居家养老服务
2008年	《关于促进残疾人事业发展的意见》(2008)	残联部门	依托社区开展为重度残疾人、智力残疾人、精神残疾人、老年残疾人等提供服务
2009年	《关于进一步推进和谐社区建设工作的意见》(2009)	民政部门	——
2009年	《关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》、《国家基本公共卫生服务规范》(2009年版)	卫生部门	——
2010年	《关于制定国民经济和社会发展第十二个五年规划的建议》	中央	强调要逐步完善基本公共服务体系,推进基本公共服务均等化,并提出要积极应对人口老龄化,注重发挥家庭和社区功能,优先发展社会养老服务,培育壮大老龄服务事业和产业
2010年	《关于加快推进残疾人社会保障体系和服务体系建设指导意见》	残联部门	大力发展居家助残服务,建立健全以日间照料服务为主体、居家安养服务为基础的残疾人托养服务体系
养老服务体系顶层设计相关政策---全国性政策			
2011年	《社会养老服务体系规划建设规划2011-2015》《关于加强和改进城市社区居民委员会建设工作的	民政部	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,首次把建设社会养老服务体系列入老龄事业

	意见》		专项规划范围
2011年	《城乡社区服务体系建 设“十二五”规划》、《社 会养老服务体系建 设“十二 五”规划》	中央	明确指出社会养老服务体 系建设应以居家为基础、社 区为依托、机构为支撑， 并对居家养老、社区养老、 机构养老的具体内容进行 了明确界定
2012年	《中华人民共和国老年 人权益保障法》		养老服务体系构建提供了 制度保障
2013年	《关于推进养老服务评 估工作的指导意见》	民政部	建立养老服务评估制度
2013年	《关于加快发展养老服 务业的若干意见》，《关 于开展养老服务业综合 改革试点工作的通知》	国务院	提出完善养老服务体制机 制，拓宽民间资本参与渠道 等政策建议。
2014年	-	民政部	成立全国养老服务业专家 委员会，中民养老规划院在 北京成立，其职能是探索中 国养老模式，编制养老事业 产业规划等
2015.5.17	《关于下达<2015年全 国土地利用计划>的通知	国土资源部	提出重点支持光伏等战略 新兴产业，以及养老、文化、 医疗、旅游等现代服务业建 设。
2015.8.27	《养老保障管理业务管 理办法》	保监会	从业务规范、投资管理、风 险控制、监督管理等方面就 养老保险开展相关业务作出 规范。
2016.4.23	《养老服务设施用地指 导意见》	国土资源部	非营利性养老服务机构可 采取划拨等方式供地，营利 性养老服务机构应当以租 赁、出让等有偿方式供应， 以租赁为主。
2016.6.24	《民政事业发展第十三 个五年规划》	民政部、国 家发展改革 委员胡	积极开展应对人口老龄化行 动，加快发展养老服务业， 全面建成以居家为基础、社 区为依托、机构为补充、医 养相结合的多层次养老服务

			体系，创新投融资机制，探索建立长期照护保障体系，全面放开养老服务市场，增加养老服务和产品供给。
2016.7.21	《医疗机构设置规划指导原则（2016-2020年）》	国家卫生计生委	重点提出要推进医疗卫生和养老服务相结合。提高医院为老年患者服务的能力，有条件的二级以上综合医院开设老年病科，做好老年病诊疗相关工作。
2016.10.11	《关于全面放开养老服务市场提升养老服务质量的若干意见》	中央全面深化改革领导小组第二十八次会议	提出要紧紧围绕老年群体多层次、多样化的服务需求打造养老产业。
2016.10.25	《“健康中国2030”规划纲要》	中共中央、国务院	促进健康老龄化，推进老年医疗卫生服务体系建设，推动医疗卫生服务延伸至社区、家庭。健全医疗卫生机构与养老机构合作机制，支持养老机构开展医疗服务。
2017.2.6	《智慧健康养老产业发展行动计划（2017-2020）》	工业和信息化部、民政部、国家卫生计生委	智慧养老产业发展行动计划，提出我国智慧养老产业的发展目标
2017.02.28	《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划的通知》	国务院	规划对健全养老服务体系建设提出了明确的要求，夯实居家社区养老服务基础、推动养老机构提质增效、加强农村养老服务；健康老龄化是我们发展的目标，对健全健康支持体系，规划明确，推进医养结合、加强老年人健康促进和疾病预防、发展老年医疗与康复护理服务、加强老年体育健身。
2017.3.9	《关于印发“十三五”健康老龄化规划的通知》	国家卫生计生委、国家发展改革委、教育部	规划定义健康老龄化，营造有利于老年健康的社会支持和生活环境，以延长健康预期寿命，维护老年人的健

		等十三个部门	康功能，提高老年人的健康水平。
2017.10.18	第十九次全国代表大会报告《决胜全面建成小康社会 夺取新时代中国特色社会主义伟大胜利》	习近平主席	积极应对人口老龄化，构建养老、孝老、敬老政策体系和社会环境，推进医养结合，加快老龄事业和产业发展。
养老服务体系顶层设计相关政策---区域性政策			
2016.06.02	《京津冀养老工作协同发展合作协议（2016年-2020年）》	京津冀	根据协议，京津冀老人可在三地自由选择养老院，同时，户籍地政府发给老人的各种补贴将跟着老人一起走，异地看病医保可即时结算。
2015.11.25	《北京市养老服务设施专项规划》	北京	《规划》提出，至2020年全市人均养老设施用地将达到0.25平方米，该标准高于国务院0.1平方米的要求。同时，针对不同类型养老设施，此次《规划》中有不同的关注重点。
2016.06.02	-	北京	首次将《北京市“十三五”时期老龄事业发展规划》列入市级重点专项规划，并且对北京市未来养老产业发展提出了实施意见。
2016.08.30	《北京市“十三五”时期老龄事业发展规划》	北京	首次将老龄事业规划上升为重点专项规划，从养老钱袋子、居家养老、机构养老、新型养老模式等方面，打造“老年友好型城市”。
2016.09.26	《北京市“十三五”时期民政事业发展规划》	北京	提出，到2020年，全市建成2000个养老驿站和老年活动场站、护养型床位占比达70%等任务，构建首都特色养老服务模式。
医养结合养老服务相关政策---全国性政策			
2015.05.19	《关于在公共服务领域推广政府和社会资本合作模式的指导意见》	国务院办公厅转发	明确了在医疗、卫生、养老等公共服务领域推广PPP模式的工作要求。

2015.11.13	国务院:推进医疗卫生与养老服务结合	国务院常务会议	促进医养融合对接、鼓励社会力量兴办医养结合机构、强化投融资、用地等支持。同时,会议在全国每个省份至少选择一个地区开展一样结合试点范围。
2015.11.20	《推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见》	卫计委、发改委、人社部、老龄办等部门,国务院转发	明确了医养结合的形式和资金来源
2016.04.08	《关于做好医养结合服务机构许可工作的通知》	民政部、卫计委	支持医疗机构设立养老机构,以及养老机构设立医疗机构,强调打造“无障碍”审批环境。
2016.05.18	《关于遴选国家级医养结合试点单位的通知》	卫计委、民政部	决定遴选一批国家级医养结合试点单位。各省(区、市)可选报有一定工作基础、愿意先行先试的地级市(区)作为国家级试点地区,每省(区、市)2个申报名额。
2016.06.16	首批国家级医养结合试点单位名单出炉	卫计委、民政部	确定第一批国家级医养结合试点单位
医养结合养老服务相关政策---区域性政策			
2016.05.16	《河北省“大健康、新医疗”产业发展规划(2016-2020年)》	京津冀	明确规定河北将建设环京津健康养老产业圈,瞄准京津老年高端消费人群,打造绿色生态医疗健康和老年养护基地。
养老机构相关政策---全国性政策			
2015.03.02	《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》	民政部	要建立市场形成价格为主的养老机构服务收费管理机制,进一步规范养老机构服务收费行为,加强收费公示工作,建立年度财务报表公开制度,养老机构不得违反老年人意愿强制服务,强制收费。

2016.09.06	《关于开展以公建民营为重点的第二批公办养老机构改革试点工作的通知》	民政部	提出“七大试点任务”，要求以公建民营为重点，进一步扩大公办养老机构改革试点范围，探索公办养老机构改革模式。
养老机构相关政策---区域性政策			
2015.06.16	《公办养老机构入住评估管理办法》	北京	明确了北京市公办养老机构不再接收非保障对象申请入住。
2015.07. 30	《北京市公办养老机构入住评估管理办法》、《北京市公办养老机构收费管理暂行办法》、《北京市养老机构公建民营实施办法》	北京	从8月1日起，北京市公办养老机构只接收特困或五保老人，困境家庭和优抚对象中的失能或高龄老年人，以及计划生育特殊困难家庭中失能或70周岁以上老人等四类群体。
2016.06.20	《北京市困境家庭服务对象入住社会福利机构补助实施办法》	北京	明确了社会福利机构的服务对象和补助标准。
居家养老服务相关政策---区域性政策			
2016.10.26	《京津冀智能化居家养老合作备忘录》	京津冀	明确了五个合作方向：共同探索适合京津冀区域特点的智能化居家养老新模式，加强对智能化居家养老的理论研究；培育一批示范性智能化居家养老社区，带动区域性协同发展；研究制定智能化居家养老服务标准；借助移动互联网、物联网等媒介，为老年人提供更多生活帮助、康复护理、精神慰藉等多方面、个性化、便携化的产品和服务；发挥三地权威媒体的舆论引导作用，使老年人知晓、接纳智能化居家养老服务。
2015.08.18	《关于支持养老照料中心和养老机构完善社区居家养老服务功能的通知》	北京	将于明年年底建设覆盖所有街道的养老照料中心，同时，《通知》明确，养老照

			料中心最高可获得 200 万补助，民政部门将进行考核、审计，考核不合格者政府将追回补助资金。
2016.05.18	《支持居家养老服务发展十条政策》	北京	将居家养老服务政策从特惠变成普惠，破解北京老人“就餐、医疗、急救”等十大难题。
2016.07.05	《海淀区居家养老失能护理互助保险试点拌饭》	北京	与人保寿险合作推出，是北京市首个针对失能老人长期照料的政策性保险，探索家庭养老向社会化支持服务养老转型。
2016.07.19	《关于贯彻落实〈北京市居家养老服务条例〉的实施意见》	北京	《意见》指出，鼓励开发适老社区、腾退厂房校舍优先用于养老、保障房试点老人与子女同步选房、养老卡覆盖范围扩大至 60 岁、将创设长期照护保险制度。力争三至五年，实现人人享有基本居家养老服务。
社区养老服务模式相关政策--区域性政策			
2016.05.19	《北京市关于开展社区养老服务驿站建设的意见》	北京	对社区养老驿站的功能定位、规划建设和建设程序做了说明，并明确了相关扶持和管理政策。
2016.06.28	《关于加强本市新建住宅小区配建养老设施建设、移交与管理工作的通知》	北京	要求养老设施建成后，建设单位应向民政部门无偿移交产权，并与 60 日被完成移交工作。
2016.09.26	《社区养老服务驿站设施设计和服务标准（试行）》	北京	明确规定社区养老服务设施应由政府无偿提供。
2016.10.17	《关于做好 2016 年养老机构辐射社区居家养老服务工作的通知》	北京	进一步对养老照料中心辐射服务内容和数量进行了规定。
金融支持养老服务体系相关政策--全国性政策			
2015.02.25	《关于鼓励民间资本参	民政部、发	鼓励民间资本全民参与居

	与养老服务业发展的实施意见》	改委等十部委	家和社区养老、机构养老等，逐步使社会力量成为发展养老服务业的主体。
2015.04.09	《养老产业专项债券发行指引》	发改委	支持专门为老年人提供生活照料、康复护理等服务的营利性或非营利性养老项目发行养老产业专项债券，用于建设养老服务设施设备和提供养老服务。
2015.04.27	《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 国开行	其中主要一条是开展中长期贷款业务。在试点阶段，国开行每年提供不少于100亿元人民币的专项贷款规模，以北京康联公司为主要承贷主体，构建融资平台，支持养老试点项目实施。
2015.08.23	《基本养老保险基金投资管理办法》	国务院	养老基金限于境内投资。投资股票、股票基金、混合基金、股票型养老金产品的比例，合计不得高于基金资产净值的30%；投资国家重大项目和重点企业股权的比例，合计不得高于养老基金资产净值的20%。
2016.03.21	《关于金融支持养老服务业加快发展的指导意见》	人民银行、民政等5部委	力争到2025年，基本建成与我国人口老龄化进程相适应，符合小康社会要求的金融服务体系。
2016.05	《关于开展老年人意外伤害保险工作的指导意见》	全国老龄办、民政部	倡导有条件的企事业单位为退休职工购买意外伤害保险，或给予适当补助。
2016.06.27	《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》	人社部	明确了长期护理保险制度试点，还圈定了首批试点城市，将河北省承德市、吉林省长春市、上海市、重庆市等15个城市纳入范围。
2016.07.04	《关于延长老年人年反向抵押养老保险试点期间	保监会	为进一步促进老年人住房反向抵押养老保险业务发

	并扩大试点范围的通知》		展，有关事项通知如下：老年人住房反向抵押养老保险试点期间延长至 2018 年 6 月 30 日；试点范围扩大至各直辖市、省会城市（自治区首府）、计划单列市、以及江苏省、浙江省、山东省和广东省的部分地级市；试点期间，除上述事项外，监管要求适用《中国保监会关于开展老年人住房反向抵押养老保险试点的指导意见》（保监发[2014]53 号）的规定。
2016.07.19	《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 财政部	将选择部分地级市作为（直辖市的区）中央专项公益金以奖代补方式的试点。试点资金重点支持居家和社区养老服务发展的 7 个领域。
金融支持养老服务体系相关政策---区域性政策			
2015.11.16	《十三五期间将启动长期护理保险研究》	北京	目前海淀区正在试点筹备。根据此前已公布的方案，海淀区居民 18 岁可以参保，等 60 岁以后，一旦失去生活自理能力，将享受上门照料、托老、康复、临终关怀等专业护理保险补贴。

资料来源：国家信息中心 中经网 保监会 人社部 民政部 北京市政府网站

作者简介及科研成果

一、作者简介 包世荣，女，1989 年出生，吉林长春人，吉林大学东北亚院人口、资源与专业博士，民主同盟成员。

二、已发表论文情况

- [1] 于潇,包世荣. 健康中国背景下医养结合养老模式研究[J]. 社会科学战线, 2018(06):271-275.
- [2] 包世荣. 国外医养结合养老模式及其对中国的启示[J]. 哈尔滨工业大学学报(社会科学版), 2018, 20(02):58-63.

三、参与科研情况

- [1] 吉林省健康体检标准数据库建立与应用
项目来源：吉林省发改委项目（批准号：3J117C313430）
- [2] 项目名称：养老健康管理及医养结合模式的探索
项目来源：吉林省科技厅软科学研究计划（批准号：20180418081FG）

四、获奖情况

- [1] 2014年，研究生学术业绩奖学金三等奖
- [2] 2015年，研究生学术业绩奖学金三等奖
- [3] 2018年，研究生学术业绩奖学金
- [4] 2018 年，论文《基于Logit回归的养老服务需求分析》获得第十一届全国人口与发展研究生论坛二等奖

致谢

我在吉林大学攻读博士五年整，离不开无数帮助过我的老师们和同学们。师恩似海，首先感谢我的导师于潇教授。他非常耐心地指导我、帮助我，使我成为一名人口、资源与环境经济学博士研究生。于老师专业知识扎实深厚、严谨的治学态度、渊博的专业知识、积极的进取精神、创新的科学理念和独立的科研能力使本人受益终生。在五年的学习生活中，给我时时刻刻的关心与帮助，解答我学术上和生活中的问题。在修改小论文和毕业论文期间，他不厌其烦、又仔仔细细地推敲每一个细节，以言传身教的方式教导我学术研究的严谨性和科学性。在这里由衷感谢于老师的严格要求和精心培养，值此论文完成之际，谨向我的导师于潇教授致以崇高的敬意和衷心的感谢！

在本论文的调研和数据整理过程中，还得到了吴昊教授、王晓峰教授、孙猛副教授等学院的各位领导及老师们的帮助，是人口研究中心和东北亚研究院的这些领导及老师们为我们提供了良好的学术交流平台。他们定期开展的各种学术讲座、一年一度的人口会议都让我接触到了学术研究的前沿动态，良好的学习风气也让我更好、更快地成长，丰富开展的各项学生活动让我全方面的发展。他们以前瞻性的战略眼光引领了中心、学院乃至学术界的发展方向，为我们指明道路。

在这里，我要特别感谢我的父母亲和爱人李旸老师，是他们给了我学习的机会；是他们用自己的辛勤和汗水换取了我的未来；是他们无私的奉献给了我写这篇论文的可能；是他们日益苍老的身影激励我学习的能量，是父辈的眼神让我有了学些的目标和未来的蓝图。同时也对一直支持我、关心我的所有亲人说一声谢谢！再次向所有关心我、帮助我的人致以诚挚的感谢！

还要感谢师姐赵毅博、师弟陈世坤、同学张原锬、同学孙悦在数据采集、研究方法的优化等方面都做出了不懈的努力，也离不开师门里每一个人的每一份付出。

最后，衷心感谢感谢外审专家在百忙之中的审阅，感谢出席此次答辩的各位老师对我博士论文提出的建议和意见，你们辛苦了！ 感谢您！