

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第13期

(03.28-04.03)

医保

医疗

医药

——本期视点——

(阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体内容。)

• 带量采购 •

▶ [两部委联合发布重磅文件，集采人工关节落地配套措施出台!](#) (来源：人民网) ——第 8 页

【提要】为平稳实施国家组织人工关节集中带量采购中选结果，确保中选产品及时供应，促进医疗机构规范使用集采品种、规范提供相关医疗服务，近日，国家医保局办公室、国家卫生健康委办公厅联合发布《关于国家组织高值医用耗材(人工关节)集中带量采购和使用配套措施的意见》，《意见》要求，人工关节集采中选产品(以下简称“中选产品”)按“含伴随服务费”和“不含伴随服务费”的中选价格在各省级医药集中采购平台挂网，配送、手术专用工具等相关费用包含在中选价格内。

▶ [平均降价 82% 国家集采人工关节近期多省落地](#) (来源：央视网) ——第 11 页

【提要】此前，国家组织高值医用耗材联合采购办公室曾发文，要求于 2022 年 3 月至 4 月执行第二批集采中选结果，具体执行日期由各地区确定。目前，海南省、广东省、陕西省、浙江省已经公布执行日期。其中海南省医改办副主任朱永峰表示我们现在跟药监部门密切配合，所有进入集采的产品作为重点监管的范畴，加强监管，保证质量

安全。

• 医院管理 •

▣ [公立医院为何要做精细化运营？](#)（来源：国务院办公厅）—第 14 页

【提要】改革开放数十年来，公立医院先后开展了“文明医院建设”、“医院分级管理”、“医院管理年活动”、“进一步改善医疗服务行动计划”等活动，使得医院的科学化与规范化管理得到了很大的提升。尽管公立医院通过这一系列的活动，使得医院科学化与规范化管理水平不断提升，但尚不能适应新时代社会对于公立医院的公益性与经营性发展要求，必然要借鉴企业管理中先进的运营管理方法与文化。作为现代医学模式的生物-心理-社会三大因素所导致的疾病治疗及以此模式倡导的全生命周期的健康管理型医疗来说，对就诊各环节的精细化的管理就成为了必然。

▣ [医院医学装备数字化转型如何发展？](#)（来源：中国数字医学）—第 18 页

【提要】医学装备作为医疗工作中不可替代的基础保障，是开展医疗、教学、科研活动的必备要素，也是提高医疗质量和加强物资基础的先决条件，在医院的综合效益中占有重要地位。随着云计算、大数据、物联网、区块链、第五代移动通信(5G)等新技术的不断发展，“新基建”的不断升级，“新医改”的不断深化，医学装备的数字化转型和发展成为推动我国公立医院高质量发展的重要方向。

· 健康服务 ·

▶ [大健康和大健康产业的概念、现状和前瞻](#)（来源：中国社会科学院）——第 31 页

【提要】近年来，“大健康”和“大健康产业”成为中国政界、商界和学界热议的话题。本文以健康社会学的视角指出，广义的大健康可分为狭义的大健康和大卫生（医疗卫生）。同样，广义的大健康产业也可以划分出狭义的医药产业和健康产业。数据表明，在大健康产业中，医药产业占据明显乃至绝对的优势，这样的态势压制了健康产业的发展，也不利于大健康产业的全面发展。广义的大大健康和大健康产业应该是具有整合意义的概念，必须使医药产业和健康产业功能耦合，从而发挥 $1+1>2$ 的整体效应。

▶ [县域老年照护体系：概念框架与方案设计](#)（来源：中国社会科学院）——第 48 页

【提要】本文先从厘清与老年照护相关的理论和概念入手，建构了以健康老龄化与长期照护为核心概念的理论框架。接下来，又讨论了农村老老龄化的发展趋势和农村老年人的照护需要。本文通过对在江苏和浙江实地考察的深入访谈和经验总结，最终提出以专业照护机构为支撑、以改造县乡镇已有的敬老院为骨架，以农村照护员和照护小院为基础构建“县域老年照护体系”的政策建议。

· 中医药服务 ·

▶ [聚焦高质量发展 《“十四五”中医药发展规划》提出 10 个重点](#)

[任务](#)（来源：中央广播电视总台央视新闻）——第 68 页

【提要】近日，国务院办公厅印发《“十四五”中医药发展规划》，提出到 2025 年，中医药健康服务能力明显增强，中医药高质量发展政策和体系进一步完善，中医药振兴发展取得积极成效，在健康中国建设中的独特优势得到充分发挥。规划指标的设定更加体现新时期中医药高质量发展要求。为提升中医药服务供给，提出每千人口公立中医医院床位数达到 0.85 张、每千人口中医类别职业(助理)医师数达到 0.62 人……

▶ [推进中医药融入海洋强国建设](#)（来源：中国中医药报）——第 71 页

【提要】21 世纪是海洋的世纪，我国所辖海域广阔，海岸线长，是名副其实的海洋大国，《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》提出：“坚持陆海统筹、人海和谐、合作共赢，协同推进海洋生态保护、海洋经济发展和海洋权益维护，加快建设海洋强国。”向海洋进军，加快建设海洋强国，是新时代中国特色社会主义建设的重要战略举措。中医药在海洋强国战略部署中具有特殊而重要的地位，推进中医药深度融入海洋战略规划，提升中医药的参与质量和水平，是海洋强国建设与中医药发展中不可忽视的一环。

• 医保快讯 •

▶ [医保改革全面推进：影响 6 大类药企](#)（来源：新康界）——第 74

页

【提要】本篇从医药行业以及相关利益者角度，探究 DRG/DIP 实施，对医药行业以及医保、患者等相关利益各方的影响如何。从国外实施经验来看，对支付方来说，DRG 的实施能一定程度缓解医保资金压力，控制医疗费用的增长，同时按病种付费方便支付方与医院之间的医保结算，大大提高结算效率。DRG 可以产生系统的疾病数据，可提高医保监管的管理效率。对患者来说，DRG 的实施在减少看病费用的同时，还能促使医疗机构提升医疗质量，医院和医生以最优、最省的资源把病看好，同时被社会所诟病的“大处方”、“泛检查”等问题将会被遏制；一定程度解决“看病难”问题。

▶ [发挥医保支付“杠杆”作用 推进分级诊疗](#)（来源：中国医疗保险）

——第 78 页

【提要】目前，很多地区正在推进以医联体为载体的分级诊疗制度建设。但是，若不改变公立医院与基层卫生机构现有的运行机制、建立上下联动的协同机制，试图通过建立医联体，尤其是紧密型医联体推进分级诊疗，不仅不利于形成同向激励，反而有助于公立医院“占地盘”，更进一步扩大规模、做大服务量。因此，要推进分级诊疗，应充分发挥医保支付的“杠杆”作用，建立起各方联动机制。

• 地市精彩 •

▶ [浙江：公立医院高质量发展有新要求，数字化改革如何驱动耗材](#)

[精细](#)（来源：浙江省政府办公厅）——第 81 页

【提要】日前，浙江省政府办公厅发布《浙江省推动公立医院高质量发展实施方案》方案中明确“运行模式从粗放管理转向精细化管理”、“做好合理用药、医用耗材、医疗核心数据监测”，对公立医院耗材管理模式提出了新的要求。作为驱动公立医院高质量发展的重要手段，“数字化改革”为传统的医院耗材管理模式赋予新的动能，浙江大学医学院附属第一医院正是充分利用数字化手段，创新实践医用耗材 SPD 管理模式，实现了医用耗材全程可追溯的智慧管理。

▶ [上海、成都、南通长期照护试点调查与思考](#)（来源：社科院）——第 84 页

【提要】进入 21 世纪以来，随着世界人口老龄化的快速发展，针对老年人的社会保障体系形成了新的国际共识。从外延上看，老年人的社会保障体系应该包括三个方面，即养老保障、医疗保障和长期照护保障。在这个体系中，我们熟知的养老保障解决的是老年人的经济来源问题，医疗保障解决的是老年人疾病治疗的问题，而我们相对陌生的长期照护保障则是专门针对失能老人的“照护依赖”而创立的一项新制度，同时包括服务保障和资金保障两个方面。

-----本期内容-----

• 带量采购 •

两部委联合发布重磅文件，集采人工关节落地配套措施出台！

来源：人民网

为平稳实施国家组织人工关节集中带量采购(以下简称“人工关节集采”)中选结果，确保中选产品及时供应，促进医疗机构规范使用集采品种、规范提供相关医疗服务，近日，国家医保局办公室、国家卫生健康委办公厅联合发布《关于国家组织高值医用耗材(人工关节)集中带量采购和使用配套措施的意见》(以下简称《意见》)。

规范产品挂网工作和价格

《意见》要求，人工关节集采中选产品(以下简称“中选产品”)按“含伴随服务费”和“不含伴随服务费”的中选价格在各省级医药集中采购平台挂网，配送、手术专用工具等相关费用包含在中选价格内。

伴随服务包括提供合规的“跟台”服务、协助组装工具、必要的工具使用指导、手术操作培训等，应严格限制非手术人员进入手术室。医疗机构根据实际情况选择是否需要企业提供伴随服务，并按相应的价格支付。公立医疗机构(含军队医疗机构，下同)统一按含伴随服务费的中选价格零差率收费，非专用的动力工具、相关工具的清洗消毒由医疗机构承担，相关费用包含在医疗服务费用中。医疗机构和第三

方机构不得在进院、库存等环节向中选企业收取附加费用。

非中选人工关节产品中包含中选产品部件的，按该部件的中选价格挂网，其他部件可结合实际交易价格合理设定挂网价格高线，对超出价格高线的产品，挂网时予以一定限制，引导相关企业逐步将价格调整至合理水平。如非中选人工关节产品各部件均由中选产品不同部件组成，则总价不高于该企业同类别中选产品价格。半髌假体和单髁假体产品，可参考全套髌关节和全套膝关节产品的中选价格，按照性能与价格相匹配的原则进行挂网。

落实医保基金预付政策

《意见》指出，各地医保部门要及时组织医疗机构与中选企业签订采购协议。各统筹地区要根据中选产品的中选价格、各医疗机构与企业协议约定的采购产品及数量，及时测算协议采购金额。在医保基金总额预算管理基础上，建立预付机制，在医疗机构与中选企业签订采购协议后，医保基金按不低于年度协议采购金额的 30% 预付给医疗机构。医疗机构要及时与企业结清货款，结清时间不超过使用耗材的次月底。医保经办机构要及时与医疗机构结算，及时拨付医保基金。

在落实医疗机构货款支付主体责任的前提下，鼓励医保基金与医药企业直接结算。

做好医保支付政策衔接

《意见》指出，人工关节集采中选产品以含伴随服务费的中选价格为支付标准，纳入医保支付范围，医保基金按规定比例支付。

非中选人工关节属于医保基金支付范围的，各地要采取措施，在两年内渐进调整支付标准至不超过集采同一分组中选产品的最高中选价格。参保患者使用价格超出医保支付标准的产品，超出支付标准的部分由患者自付。

各地应统筹考虑挂网价格、患者自付比例和医保支付标准的设定，避免患者费用负担加重。

落实结余留用政策并统筹医疗服务价格调整

《意见》要求，各省级医保部门要按《关于开展国家组织高值医用耗材集中带量采购和使用的指导意见》（医保发〔2021〕31号）要求，参照国家组织药品集中采购医保资金结余留用有关做法，指导统筹地区完善医保资金结余留用规则。开展 DRG/DIP 方式付费的地区，首年不调整相应 DRG/DIP 组的权重分值，后续调整要统筹考虑人力成本、耗材成本等变化，科学合理上调或下调。各项激励要做好衔接，避免重复，各地要指导医疗机构完善落实结余留用内部考核办法，将激励政策传导至医务人员，鼓励合理、规范、优先使用中选产品。

按照医疗服务价格动态调整机制，2022 年经评估符合条件触发调价的地区，调价总量可向人工关节置换相关手术项目倾斜。置换关节的跨省患者占比大、“人工关节置换术”等核心项目价格明显低于全国中位价格和周边省份价格的地区，可专项调整相关项目价格。

公立医疗机构采用“手术机器人”等智能化系统辅助手术操作的，坚持劳务价值和设备贡献相平衡、收费与功能相匹配的原则，按照智

能化系统的实际功能，以“人工关节置换术”项目价格为基础上浮一定比例加收，不单独设立收费项目。

据悉，由于骨科耗材技术分类和组合复杂，难以直接竞争，长期以来是集中采购的难点，价格虚高明显，患者负担较重。2021年9月14日，国家医保局组织开展人工关节集中带量采购，拟中选髌关节平均价格从3.5万元下降至7000元左右，膝关节平均价格从3.2万元下降至5000元左右，平均降价82%。以海南省为例，今年3月25日落地实施，首年采购总量3356套，预计年节约采购资金7000万元。

[返回目录](#)

平均降价82% 国家集采人工关节近期多省落地

来源：央视网

继心脏冠脉支架集采后，国家组织集采的第二批高值医用耗材人工关节的落地工作近期在各省份陆续执行。

2021年9月，第二批国家组织高值医用耗材集采公布结果，人工髌关节平均价格从3.5万元下降至7000元左右，人工膝关节平均价格从3.2万元下降至5000元左右，平均降价82%。国家组织集采的人工关节，包括人工髌关节和人工膝关节，首年意向采购量达到54万套，预计节约费用160亿元。此前，国家组织高值医用耗材联合采购办公室曾发文，要求于2022年3月至4月执行集采中选结果，具体执行日期由各地区确定。目前，海南省、广东省、陕西省、浙江

省已经公布执行日期。

海南省已落地实施患者付费少八成

由于我国老龄化社会程度不断加深，对人工髋关节和膝关节的需求量将持续增大，此次高值医用耗材的集采陆续落地实施，将进一步减轻患者的就医负担，提高百姓的生活质量。

3月30日9时，在海南海口的上海市第六人民医院海口医院，一名患有右侧股骨头缺血性坏死的患者被推进手术室。据医生介绍，此次接受更换人工全髋关节手术的患者是一名女性，今年70岁，来自海南省澄迈县。大约在5年前，她发现自己右腿出现行动不便和疼痛的现象，医生给出最好的解决方法就是更换人工髋关节。可是，患者和老伴都是渔民，收入有限，人工关节耗材的高昂费用让老两口犯了难，不得已只能忍着疼痛，手术一拖再拖。

患者家属蔡正尧：医院说，去除报销你要准备在3万元以上，负担也比较重。

3月25日，海南省率先在全国开始执行集采后的人工关节价格，老人家自己只要出5000多块钱就成功置换了髋关节，自付费用降低了80%。据了解，仅在上海市第六人民医院海口医院，每年更换人工髋关节的手术大约有100多台，需要置换髋关节的大部分是60岁以上人群，人工关节集采政策将极大减轻患者的就医负担，提高生活质量。

上海市第六人民医院海口医院骨科主任王挺：尤其是从农村来的

病人，这些病人往往因为价格的因素会导致他无法接受手术，这个就很遗憾。所以，从我们医生的初心来说，我们也是希望更多的病人能够接受到有效的、正规的治疗。

海南省共有 35 家医疗机构参与人工关节集采工作，包括公立医院和民营医院，采购产品范围为，人工髋关节、人工膝关节。海南省首年采购总量 3356 套，预计年节约采购资金 7000 万元。

记者在上海市第六人民医院海口医院的医疗事业部对同品同类人工关节国家集采前后的价格进行了对照，两种人工髋关节价格由之前的 45000 多元和 41000 多元分别下降到了 6900 多元和 6300 多元，三种人工膝关节的价格也由之前的 29000 多元到 19000 多元下降到了 5400 多元。

海南省医改办副主任朱永峰：过去的医院自己单个买，议价能力很弱；现在全国统一买，议价能力很强，（因为）中国市场很大。第二，个体企业没有合理的预期，现在我明确告诉你，这个产品就能用多少，这样企业就省了很多临床的推广费用、市场营销费用，就把价格降下来，让老百姓得到实实在在的利益。

集采配套措施更细更加尊重临床使用原则

3 月 30 日，国家医保局、国家卫生健康委发布《关于国家组织高值医用耗材人工关节集中带量采购和使用配套措施的意见》。《意见》要求，紧密结合人工关节采购、配送、使用及伴随服务特点，发挥医保基金战略性购买作用，运用多种政策措施，推动人工关节集采

中选结果平稳实施。

《意见》要求，人工关节集采中选产品按“含伴随服务费”和“不含伴随服务费”的中选价格在各省级医药集中采购平台挂网，配送、手术专用工具等相关费用包含在中选价格内。各地医保部门要及时组织医疗机构与中选企业签订采购协议。按照医疗服务价格动态调整机制，2022 年经评估符合条件触发调价的地区，调价总量可向人工关节置换相关手术项目倾斜。各地要压实中选企业和配送企业供应配送责任，加强供需双方对接，保障临床使用。

海南省医改办副主任朱永峰：我们现在跟药监部门密切配合，所有进入集采的产品作为重点监管的范畴，加强监管，保证质量安全。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

公立医院为何要做精细化运营？

来源：国务院办公厅

国务院办公厅《关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号）明确提出“健全运营管理体系……推动医院运营管理的科学化、规范化、精细化。”那公立医院为何要做好精细化运营呢？

01 医院管理发展的必然要求

精细化管理是一种理念，一种文化。它是社会分工精细化以及服务质量精细化对现代管理的必然要求。被誉为科学管理之父的泰勒于

1911 年发表了《科学管理原理》一书，这是世界上第一本精细化管理著作。现代管理学认为，科学化管理有三个层次：第一个层次是规范化，第二层次是精细化，第三个层次是个性化。改革开放数十年来，公立医院先后开展了“文明医院建设”、“医院分级管理”、“医院管理年活动”、“进一步改善医疗服务行动计划”等活动，使得医院的科学化与规范化管理得到了很大的提升。尽管公立医院通过这一系列的活动，使得医院科学化与规范化管理水平不断提升，但尚不能适应新时代社会对于公立医院的公益性与经营性发展要求。必然要借鉴企业管理中先进的运营管理方法与文化。作为现代医学模式的生物-心理-社会三大因素所导致的疾病治疗及以此模式倡导的全生命周期的健康管理型医疗来说，对就诊各环节的精细化的管理就成为了必然。

02 医院质量管理的深化

医疗的特点是人命关天，医疗安全与质量的管理必然是精细化的。精细化管理的起源即来自于企业生产及产品质量管理的要求。最为著名的就是日本的丰田生产方式。丰田汽车的两大支柱通俗解释为：准时化就是刚好来得及；自动化就是故障自己停。精细化管理不仅仅是及时发现和处理质量问题，更是能有效地预防医疗质量问题的发生。从这个意义上来说，精细化的管理对于以生物学为基础的医疗来说受到医患双方普遍的欢迎，极大地保障了医疗的安全与质量。

03 医院成本管理的系统化

社会保障制度的建立与完善，实现了全民基本医疗保险制度，公立医院作为实施基本医疗的主体，必然回归医疗的公益性。公益医疗不可能让医疗成为生意，因此，医院运营的要求也就只能关注在成本的管理上。成本管理的两大目标一是发挥成本的效用，二是节约成本的消耗。如果仍然是从前的粗放型的管理，而不实行精细化的运营，成本管理就不可能系统化。因此，医疗从功能型医疗向价值型医疗转化，成本的效用与节省就成为了医院运营的核心，从而为精细化运营模式的应用创造了一个必要且充分的管理环境。

04 适应医院支付方式的变化

随着社会保障机制的建立与完善、社会经济的发展，实现了全民参加基本医疗保险，越来越多的人还选择加入除基本医疗保险之外的商业医疗保险，一个由第三方付费的医疗支付方式普遍推行。公立医院又是基本医疗保险支付方式应用的主体，作为国家、社会和个人募集而来的基本医疗保险基金的管理，正在普遍推行疾病诊断相关分组(DRG)这样一个医保支付工具。新的支付方式改变了传统的功能制医疗的按项目付费制度，如果不实行系统化运营之下的精细化管理，由医生自行主导的项目医疗成本将无法做到有效管控。也就是说，精细化管理是以疾病医疗为切入点，而不是以项目医疗为切入点，是一种前瞻型的医疗运营管理。既然是前瞻，就必然要能有效地应对第三方对于费用支付的审核。从而确保医院在对就诊者的医疗行为中的成本支出不会超出第三方的支付额度，从而保障运营不至于亏损。

05 充分利用医院信息化管理资源

做好精细化管理是需要有条件和相应的工具的。由于信息化技术的高度发展，尤其是互联网技术、计算机技术的应用，使得医疗过程中的各种数据能自动化采集、自动分析和处理，从而为精细化运营创造了一个非常充分的信息化条件。信息技术在医院得到广泛应用，如果不实施精细化管理，也势必浪费了医院运营过程中产生的丰富信息资源，这从成本管理上本来就是一大浪费，因此，精细化管理与医院信息化管理也是相辅相成的。

06 适应医院服务“产品”化

个性化作为科学管理继精细化之后的第三层次，也是建立在精细化的基础之上的。不论是疾病医疗、还是健康管理，因为服务的对象是活生生的自然人与复杂社会角色的个体，医疗健康的服务也必将高度个性化。因为公立医院也面临着直接的市场竞争压力，而个性化与精细化结合，必然要以医疗健康服务的“产品”化作为基础。也就是说，医疗服务的“产品”化，是将医疗的价值通过有形化而呈现在就诊者面前，能让就诊者具有完整的和良好的体验，以实现每一次医疗过程的价值而不是反映其效果。因为当下的慢性病医疗与健康促进性医疗很多时候并不能展现其医疗的效果，这种情况下对于就诊来说，恰似是一种有形的医疗健康生活消费，既然是消费必然要有“产品”呈现。医疗服务以产品呈现，就需要有“产品”设计、生产、推介、体验、应用、服务后反馈等一系列的精细化过程。所以如果没有系列

的医疗服务“产品”模式，何以谈运营精细化？

[返回目录](#)

医院医学装备数字化转型如何发展？

来源：中国数字医学

医学装备作为医疗工作中不可替代的基础保障，是开展医疗、教学、科研活动的必备要素，也是提高医疗质量和加强物资基础的先决条件，在医院的综合效益中占有重要地位。随着云计算、大数据、物联网、区块链、第五代移动通信(5G)等新技术的不断发展，“新基建”的不断升级，“新医改”的不断深化，医学装备的数字化转型和发展成为推动我国公立医院高质量发展的重要方向。

2020年7月，国家发改委、中央网信办等十三部委联合发布《关于支持新业态新模式健康发展激活消费市场带动扩大就业的意见》，要求利用新技术，加快推进产业数字化转型，壮大实体经济新动能。

新时代的数字化是基于新一代信息技术深度应用驱动下的数字化，“数字化转型”的实质是推动实体经济和实体产业加快信息技术的应用。具体到医学装备领域，即数据采集、处理、存储与传输等过程均以新一代信息技术为基础，此过程中，数字化医疗设备可自行对所采集信息进行存储、处理及传送。

当前，在计算机软件下工作的医疗设备，已逐渐取代常规设备成为临床设备主流。医学装备的数字化转型有利于生产并发挥医院数据资产的价值，这种转型体现在利用新知识、新技术来综合优化资源和

资本，重新定义医学装备运行使用的各领域，逐步实现医学装备信息化、实时化、

自动化、智能化的动态服务，从而推动医院高质量发展，挽救和抚慰更多的生命。

因此，医学装备的数字化转型被认为是未来医院发展的必由之路，也是未来医院的核心竞争力，这是由当前政策支持与技术进步、经济发展与社会挑战共同决定的。

1. 医学装备数字化发展历程

1.1 国外医学装备数字化发展情况

医学装备行业是多学科交叉融合的高精尖领域，是卫生健康服务的重要保障，20世纪70年代，全球医学装备行业开始高速发展，随着人口老龄化进程加快，医学装备市场需求激增，超声、MBI、CT、PETCT、直线加速器、伽马刀等高精尖医学装备得到广泛应用。在从传统医学装备向数字化转型过程中，政策指引和技术革新发挥了重要的作用。

美国的医学装备产业拥有强大的研发实力，植入式医疗设备、大型成像诊断设备、远程诊断设备和手术机器人等技术水平世界领先。

近年来，美国食品和药物管理局(FDA)、加拿大卫生部、英国药品和保健品监管机构(MHRA)共同确定了10条指导原则(good machine learning practice, GMLP)来推广人工智能和机器学习在安全、有效和高质量医疗装备发展中的应用。同时，提出软件预认证(Pre-Cert)

试点计划来对医疗设备提供商的产品管理软件进行监管，并建立如医疗设备和系统的射频无线共存风险管理、电磁兼容性等多项标准来指导和监管射频无线医疗设备的发展。除此之外，美国 FDA 也始终致力于解决和降低由于医学装备数字化转型所带来的网络安全问题。在行业内，美国医学装备在分子诊断、成像技术、生物植入物、远程慢病管控等领域与物联网、人工智能技术深度结合，通过各类数字化医学设备的创新来促进行业的广泛应用及数字化发展。

日本医学装备市场是仅次于美国的第二大消费市场，内窥镜以及基于超声波的诊断设备等领域处于全球领先地位。2003 年日本厚生劳动省 (MHLW) 宣布了提高日本医疗器械产业的国际竞争力的行动计划，成立医学工程技术产业战略联盟 (METIS)，由产业界和学术界共同组建的，来促进医学装备的发展和创新。借助在无线传感技术方面的优势，日本已将无线传感技术，结合 RFID 内嵌及物联网技术运用到医疗领域。欧洲药品管理局 (europeanmedicinesagency, EMA) 负责欧盟医学装备质量、安全性、有效性的评估，通过 CE 认证实现对行业的监管。随着西欧老龄化社会现象加重，老年人远比其他年龄段的人群更需要医疗服务，欧洲医学装备产品得到了迅速的发展。欧盟高度关注医学装备的数字化应用，在医院建设过程中主要将重心位于医学装备在临床连接、数据采集、患者监测、增强患者安全和效率全流程的应用，所以欧盟国家的医学装备产业规模较大。

1.2 国内医学装备数字化发展情况

中国数字化医学装备起步比欧美国家晚，2000 年之前属于萌芽阶段，医学装备由政府主导，以质量管制为主，依附于经济政策改革发展、采购由配置购买逐渐转变为按需购买。2001 年至 2012 年期间属于发展阶段，医学装备逐渐尝试市场主导，经济与医疗技术的快速发展、医疗体制的日趋完善、国内外交流合作的加强均促进了中国器械行业的发展。2013 年至 2018 年属于腾飞阶段，以政府与市场结合为主导，社会对医疗技术和服务水平要求不断提高，随着医疗和科技的高速发展、国家医疗管理政策的有效变革及行业法规监管制度的日趋完善，医疗器械行业进入了蓬勃发展的新时期。

2018 年 4 月 9 日，国家卫生健康委发布《大型医用设备配置许可管理目录(2018 年)》，将部分设备配置审批权限下放，指出无需再经审批即可配置，被业内解读为医疗机构增加配置大型设备的机遇。而随着医改向纵深发展，分级诊疗政策也将带动基层医疗机构扩容升级，加大医疗器械的市场需求。与之对应的是，医疗服务终端也将产生更多的数据积累和沉淀，医疗机构一方面对于医疗全过程的智能化有着更强烈的需求，另一方面绝大多数数据得不到有效利用和分析，数字化医疗需求日益旺盛。近年来，我国已经突破了一批数字化医疗设备的核心技术，如自主研发的 CT 扫描机打破了国外产品垄断中国市场的局面；核磁共振成像装置在国内成功打开市场；高强度聚集超声肿瘤治疗设备达到国际领先水平并远销海外，但部分数字化医疗设备的突破并不能改变依然相对落后的现状，从总体水平上看，我

国与发达国家还存在阶段性差距。

2. 医学装备数字化转型中面临的机遇

我国在医学装备数字化转型方面的探索经过多年的持续积累，已取得重要进展。快速发展的技术能力与有力的国家政策支持、海量的医疗数据资源、巨大的行业应用需求、积极的产业带动作用有机结合，形成了我国医学装备数字化发展的独特优势。我国医学装备的数字化转型面临进一步深入发展的历史性机遇。

2.1 丰富的技术融合创新带动产业发展

当前，新一代信息技术与医疗业务深度融合，在技术研发应用、产品服务创新、商业模式探索等方面已取得初步成效，在支撑传统产业优化升级、培育新增长点、形成新动能等方面的预期日益明显。医学装备的数字化转型离不开技术的支持，而随着云计算、大数据、物联网、区块链、新一代互联网通讯技术等新技术的迅猛发展，我国医学装备数字化建设已有了较为完善的技术基础。物联网使设备互联、互操作成为可能，打通了物理设备、物理空间的感知能力，有助于提高医院运营效率。

从广义来讲，物联网可以通过各种传感设备，实时采集任何需要监控、连接、互动的物体或信息，并与互联网结合形成巨大的交互网络。对于医院来讲，通过物联网技术可以更好、更高效地管理硬件设施及医护流程。大数据、云计算、人工智能的发展使得计算机处理数据的能力得到数量级的增长，使众多辅助决策、辅助医疗手段成为可

能。在诊疗方面，人工智能及云计算技术通过对海量数据进行医学分析，辅助医护人员进行诊断。在医院运营决策方面，人工智能结合物联网提供的大数据可以让医院大楼根据天气的变化做出恰当的运行调整，保证舒适、安全的医疗环境。

2.2 有力的国家政策支持奠定发展基石

随着工业化、城镇化、人口老龄化、疾病谱变化和生态环境变化，中国医药卫生体系迎来了一系列挑战。在此背景下，国家着力推动新一轮医药卫生体制改革，从源头上解决看病难、看病贵问题；启动健康中国战略，推动以治病为中心向以健康为中心转变。在这一过程中，传统的医学装备已无法满足新需求，数字化转型是优化资源配置、延伸医院服务链条的重要方式。为了推动医学装备的发展，2021年，国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号），要求强化信息化支撑作用。推动云计算、大数据、物联网、区块链、新一代互联网通讯技术等新技术与医疗服务深度融合，推动手术机器人等智能医疗设备和智能辅助诊疗系统的研发与应用。

2.3 巨大的行业应用需求提供创新动力

医疗卫生行业不断膨胀的需求为医学装备的数字化发展提供了创新动力。一是医疗服务水平亟待提升。人民群众日益增长的优质医疗服务需求对医疗服务水平提出了更高的要求。医学装备的数字化应用，有助于迅速提升医疗卫生行业整体医疗服务水平，更是有助于实

现更精准的诊断和治疗。二是老年慢性病患者群体增长。2002 年我国已进入老龄化社会，2010 年进入深度老龄化阶段，预计 2035 年后，将进入超级老龄化社会，心脏病、高血压、糖尿病等慢性病发病率也随之逐年递增，亟需通过慢病管理有关医学装备的数字化转型，为老年慢性病群体提供智能健康服务，提高慢病管控的质量和效率。

2.4 海量的医疗健康数据孕育发展土壤

数字化转型的核心在于数据。随着我国医疗产业进入大数据时代，海量的医疗健康数据资源为医学装备数字化发展提供了良好的土壤。一是健康数据急剧增加。近年来，随着“互联网+医疗健康”的发展、智能终端设备和传感器的快速普及，其产生并存储的健康数据急剧增加。如何有效发挥数据资源在居民健康管理和互联网医疗方面的价值，数据驱动的医学装备为此提供了解决方案。二是健康医疗大数据不断汇聚。相较于其他国家，我国人口基数庞大，目前正在通过各级各类数据平台建设，逐步实现区域医疗健康数据互联互通，汇聚形成完整生命周期的健康医疗大数据，进一步推动了医学装备数字化转型的进程。

3. 医学装备数字化转型中面临的挑战

在新政策和新技术的推动之下，医学装备的数字化转型取得了较大的成绩，但在发展的过程中也仍然存在一些问题。

3.1 医院认知程度不足

医院管理层较为重视医学装备的数字化转型，希望在投入之后能

够较快地看到建设成果，却没有在准确把握医务人员和患者需求的基础上进行医学装备的数字化建设，容易产生跟风式建设，缺乏整体规划思维而导致建设方向不明确等。医学装备的数字化建设是一项复杂的系统工程，需要医院全员参与，在思想上统一认识，在工作上团结协作，并在统筹、资金、人才、技术、合作等多方面的保障之下才能取得积极的效果。

3.2 基础建设能力薄弱

有些医院认为医学装备的数字化转型可以与自身的信息化建设水平割裂开，但在实际上，如果没有医院自身良好的信息基础做支撑，就难以实现数字化转型。目前医院基础建设薄弱的原因可能在于资金投入不足、部分医院还未认识到医疗信息化的重要性、信息化建设起步较慢等。医学装备数字化转型的内核实际上是众多的信息技术做支撑。对于新兴的信息技术，如云计算、大数据、物联网、人工智能、移动互联网、新一代互联网通讯技术、区块链等，如何将这些技术体现在医学装备里实现数字化转型是医院建设者目前面临的难题。

3.3 医疗数据质量不高

目前医学装备中数据质量不高的情况较为明显，提升数据质量不仅需要从源头进行数据治理，还需要在后期对数据进行清洗。在医学装备的数字化建设中，对于数据质量的要求会越来越高，而大数据来源于小数据，所以小数据之间的关联对于大数据来说至关重要，需要从源头去清洗数据和加强数据的整合性。如果全院没有统一的数据字

典就会导致数据的匹配程度较低，极大地影响工作效率，所以需要医院持续关注数据字典的建设，才能保证后期数据利用的高效性和完整性，进而逐步实现数字化转型。

3.4 网络安全存在风险

在医学装备数字化转型的过程中，网络安全也受到了高度重视。由于数据更多地存储在系统中，所以相比于以往，入侵者更易在短时间内获得医院大量的数据。医院不仅会遭受到黑客、恶意软件、设备信息篡改、数据失窃等恶意攻击，还会因为人为差错导致系统安全受到威胁，例如：由于管理不到位、未及时做系统应急演练、未授权访问控制、工作人员将自己带来的设备直接连接医院的系统等，都会对医院的信息系统造成安全风险。

3.5 人才培养亟需加强

缺乏复合型人才是阻碍医学装备数字化转型的重要因素，工作人员既要熟练掌握信息技术，来实现以患者为中心的医疗服务流程的优化，又要深刻理解临床工作的需求。如果医院缺乏专业的网络安全管理技术人员，就难以对医学装备进行定期的运维处理。有些医院也忽略了对于医务工作者的培训，许多医务工作者对于数字化医学装备的操作不够熟练，网络安全意识也较为匮乏，这在一定程度上阻碍了医学装备的数字化转型。

4. 医学装备数字化转型的重点发展领域

医学装备的数字化转型主要应用于以下领域：一是诊断检验装

备。发展新一代医学影像、新型体外诊断装备和新型高通量智能精准用药检测装备，推进智能化、远程化、小型化、快速化、精准化、多模态融合、诊疗一体化发展。二是治疗装备。攻关精准放射治疗装备，攻关智能手术机器人，发展高效能超声、电流、磁场、激光、介入等治疗装备，推进治疗装备精准化、微创化、快捷化、智能化、可复用化发展。三是监护与生命支持装备。研制新型监护装备、医疗级可穿戴监护装备和人工器官，发展远程监护装备，提升装备智能化、精准化水平。四是中医诊疗装备。在中医药理论指导下，深度挖掘中医原创资源，开发融合大数据、人工智能、可穿戴等新技术的中医特色装备，重点发展脉诊、舌诊以及针刺、灸疗、康复等中医装备。五是妇幼健康装备。发展面向妇女、儿童特殊需求的疾病预防、诊断、治疗、健康促进等装备；攻关优生优育诊断分析及装备；研制孕产期保健、儿童保健可穿戴装备，推动危重症新生儿转运、救治、生命支持以及婴幼儿相关疾病早期筛查等装备的应用。六是保健康复装备。发展基于机器人、智能视觉与语音交互、脑—机接口、人—机—电融合与智能控制技术的新型护理康复装备，攻关智能康复机器人、智能助行系统、多模态康复轮椅、外骨骼机器人系统等智能化装备。七是有源植介入器械。加快对植入式心脏起搏、心衰治疗介入、神经刺激等有源植介入器械的研制，提升植介入器械生物相容性及性能水平。

5. 医学装备数字化转型的发展建议

5.1 夯实产业基础

未来可充分发挥我国制造业体系完善的大工业优势，补齐短板，锻造长板，夯实产业基础，构建持续创新发展能力。一是加强产业基础能力建设，在基础材料、核心元器件、关键零部件、诊断检验装备配套件和基础工艺方面需要加快攻关步伐，突破现有的瓶颈短板。二是提升产业链供应链现代化水平，梳理重点医学装备产品上下游关键环节和供应链关系，推进实施医学装备供应链生态建设，强化资源、技术、装备支撑来提升全产业链竞争力。三是完善产业共性技术平台建设，发挥医学装备领域国家创新平台的作用，引导跨领域合作，打造面向精准医疗、远程医疗、智慧医疗的新型创新平台，进一步推动医学装备的数字化转型。

5.2 强化医工协同

强化需求牵引，深化供给侧结构性改革，搭建医企合作平台，完善医学装备产品创新体系。一是加强原创性、引领性医学装备攻关，围绕国家医学中心建设需求，加强基础前沿研究，开发满足产、学、研、用需要的数字医学装备。二是加强临床应用创新研究，加强政、校、行、企深度合作，开展数字医学装备临床应用创新研究，提升快速成像、筛查预警、早期诊断、智慧医疗等医学装备性能水平。三是加快智能医学装备发展，支持医疗机构与互联网行业跨领域协作，鼓励医学装备集成 5G 医疗行业模组、嵌入人工智能、工业互联网、云计算等技术，推动医学装备智能化、精准化、网络化发展。

5.3 加强品牌建设

以质量提升为核心、品牌培育为重点，多措并举，着力打造产业链优势企业。一是加强优质企业培育，整合国内外优质资源，强化产业链企业间组织协同，打造产业链领航企业，培训一批单项冠军企业和知名品牌。二是推动产业集群化发展，支持有基础、有条件的地方创建高端医疗设备应用示范基地，构建医学设备全流程创新体系，营造激励产业创新发展的生态环境。三是提升企业智能制造水平，支持数字化、智能化医学装备在企业中的应用，推进智能制造技术在医学装备设计、制造、检测等环节的应用。

5.4 推进模式创新

针对“大卫生”“大健康”的发展需求，加快培育医学装备发展新模式、新业态。一是推进“5G+医疗健康”新模式发展，推动运用5G改造基础设施，搭建医疗平台，构建覆盖诊前、诊中、诊后的线上线下一体化医疗服务模式。二是推进居家社区、医养康养一体化发展，主要推进开源外接设备、医疗健康软件与基础医疗设施同步发展，探索在院外建筑中嵌入基础医学装备。三是提升紧急医学救援保障能力，开展传染病快速检测成套装备、大规模疫病防控应急装备及解决方案的研究，“平急”结合提升紧急医学救援供给能力。

5.5 优化体系建设

优化健全产业基础支撑体系，充分发挥标准引领、安全保障和公共服务平台等作用，夯实产业发展基础，推动产业持续优化升级。一是建立健全标准体系，在医疗器械标准体系框架下，完善医学装备产

业与应用标准和信息标准体系建设，促进信息安全和网络安全标准化。二是健全安全保护体系，加强生产企业安全生产管理体系建设。三是健全产业基础平台体系，支持建设面向医学装备领域的产业技术基础公共服务平台，面向医学装备与互联网、大数据和人工智能等跨领域协同服务平台，加快提升医学装备行业技术咨询、标准制定、检测验证、认证认可等服务。

6. 结语

基于对医学装备数字化转型和发展的机遇、价值及目前的建设应用情况进行的研究和分析，我们认为移动设备的普及、数字化在医学装备使用场景的渗透以及相对薄弱的基层医疗能力对医学装备的需求，是推动医学装备数字化发展的重要动力，而政策推动和技术的逐步成熟则进一步加速了医学装备数字化的进一步发展。与此同时，随着我国医疗市场的逐渐放开，新进入医疗行业的跨行业参与者也带来了新的发展思路。医学装备的数字化转型在未来将以临床业务为核心的智慧医疗、以标准高效为目标的智慧管理和以患者为中心的智慧服务 3 大应用方面继续发展。医学装备承载了现代科学技术最新成果，是前沿学科的重要引擎，是推动医理、医工交叉学科发展的创新动力和源泉，是引领医学模式转变，引领医学模式转变的变革性力量。

[返回目录](#)

· 健康服务 ·

大健康和大健康产业的概念、现状和前瞻

来源：中国社会科学院

近年来，“大健康”和“大健康产业”成为中国政界、商界和学界热议的话题。本文以健康社会学的视角指出，广义的大健康可分为狭义的大健康和大卫生(医疗卫生)。同样，广义的大健康产业也可以划分出狭义的医药产业和健康产业。数据表明，在大健康产业中，医药产业占据明显乃至绝对的优势，这样的态势压制了健康产业的发展，也不利于大健康产业的全面发展。广义的大大健康和大健康产业应该是具有整合意义的概念，必须使医药产业和健康产业功能耦合，从而发挥 $1+1>2$ 的整体效应。

2016 年迄今，“大健康”和“大健康产业”成为中国政界、商界和学界热切关注的一个话题。近年来，我们在以健康社会学的视角深入研究“大健康”和“大健康产业”的议题时，参加了很多以此为主题的“高峰”或“高端”论坛，参观了很多“大健康产业园区”。然而，我们发现，在此类会议和活动中，很多地方领导和企业老总乃至一些热衷此道的专家学者，似乎对“健康”的概念并不十分清楚。在一些“先行先试”的试点地区参观，按当地安排的“领导参观路线”，我们参观的大多是三甲医院和大健康产业园区中的药企。这个发现使我们十分诧异，因为按照这个趋势发展下去，真正的大健康理念的确立和大健康产业的发展恐怕难以如愿。为此，我们不揣冒昧，尝试撰

文发表一些粗浅的看法。

一. 需要厘清的基本概念

要讨论大健康产业的发展路径,恐怕需要从厘清一些相关的基本概念开始。譬如什么是健康?譬如如何理解大健康和大健康产业?如果连对这些最基本的概念都存在着歧义,不能取得一致,相关的论题似乎无法讨论下去。

以下,我们就从当前中国社会似乎仍然不甚理解甚至完全不甚知晓的世界卫生组织的“健康”定义谈起:

1. 什么是“健康”?

什么是“健康”?早在1948年世界卫生组织(World Health Organization, 缩写为WHO)诞生时,为给自己正名,曾经下过一个“健康(Health)”的定义,即“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”。此定义在WHO网站上表述为:“健康不仅为疾病或羸弱之消除,而系体格、精神与社会之完全健康状态。”这样的表述,无疑很符合70年前的阅读习惯。但现在时代不同了,为了让公众更容易读懂和把握WHO的定义,我们试图把它通俗地翻译成:“健康不仅是不生病或不衰弱,而且还是身体的、精神的和社会的完好状态。”虽然这两个定义措辞不同,但意思却是完全一致的,只是WHO网站上的原创比较文绉绉,我们的译文更为大白话而已。

但是,在国内的中文网站上还盛传一些可能产生误导的“健康”

定义，譬如，有的把 SocialWell-being 单独翻译成“社会适应”，有的在定义中加入了“道德健康”，不一而足。在 WHO 网站上搜寻，并没有找到上述说法的出处，却看到了这样的声明：“本定义的文献资料出处为：1946 年 6 月 19 日至 7 月 22 日在纽约召开的国际卫生会议通过、61 个国家代表于 1946 年 7 月 22 日签署（《世界卫生组织正式记录》第 2 号第 100 页）并于 1948 年 4 月 7 日生效的世界卫生组织《组织法》的序言。自 1948 年以来，该定义未经修订。”这个声明，尤其是最后一句中对“未经修订”的强调，似有所指。

WHO 健康定义的问世并逐渐形成了广泛的国际共识，促使诞生于 19 世纪后半期的一门新兴学科——医学社会学从上个世纪末逐渐转型为健康社会学，由此也催生了健康社会政策。即使是《医学社会学》一书的作者威廉·考克汉姆(WilliamCockerham)，最近也提出：健康社会学的应用已经非常广泛，这一点在最新的理论中表现得尤为明显。相关理论包括健康的基本目标，社会医学化，社会资本，区域劣势和健康生活方式理论。在本文中，我们将用健康社会学的视角来分析与大健康和大健康产业相关的概念以及大健康产业的发展现状和未来前景。

我们再来解释 WHO 定义中的“社会的完好状态”指的是什么？WHO 对健康的影响因素有专门的解释：1992 年，WHO 在维多利亚宣言中提出了人类健康的四大基石：“合理膳食、适当运动、戒烟限酒和心理平衡”。在此前发布的一个报告中，披露了与健康相关的各种影响因

素所占的比重，其中物理环境占 7%，社会环境占 10%，遗传因素占 15%，而人的行为和生活方式占比竟高达 60%，而最为国人青睐的医疗服务则仅占 8%。社会因素对健康影响甚广：在上述诸因素中，除了占比 10% 社会环境之外，恐怕最主要的是占比 60% 的人的行为和生活方式。上述两个社会因素相加，占比居然高达 70%。

对此，健康社会学作出了这样的解释：首先是人类疾病谱已经转变，已经从 20 世纪前 60 年的“医学时代”自 70 年代开始转型为“后医学时代”。社会大众越来越清楚，慢性病如高血压、糖尿病、脑卒中、癌症等，单纯的医学手段其实无法治愈；其次是很多疾病是不良的生活方式造成的，譬如艾滋病和抽烟导致的肺癌，最新的发现还有因破坏自然环境、侵犯野生动物而感染冠状病毒引发的 SARS(非典型肺炎)、MERS(中东呼吸综合症)和 COVID-19(新冠肺炎)；第三是面对复杂多变的健康威胁，医疗不再是唯一答案，可信赖的解决之道其实更多的是社会方案，譬如公共卫生和健康管理。

2. 怎样理解“大健康”？

“大健康”的说法，颇具中国特色，这个新名词在中国的医学界和医疗服务行业中的“存在感”已有一段历史。到知网上去搜寻，这个概念最早是在 1991 年就出现了，但早期使用大多局限于“圈内”。

在 2016 年的全国卫生与健康大会上，习近平提出：要“树立大卫生、大健康的观念，把以治病为中心转变为以人民健康为中心。”之后，大健康的说法不胫而走，在全国范围内得到了广泛的传播。对

于这个概念，专家学者也从各种角度给予解读：

张立平提出：大健康围绕着人的衣食住行和生老病死，关注各类影响健康的危险因素和解决关系健康的重大及长远问题，以健康服务全覆盖、优质公平可持续为目标，大力倡导全民健康建设。

闫希军等则认为：只有在大健康的认知框架下，人们才能对健康和疾病这个原本就是人类完整生命现象中无法分割的现象，进行更为合理和科学的认知，这种新的认知框架是人类在健康领域开始探索实践的逻辑起点。

以上种种在价值理念和认知框架的层面上给出的大健康定义，相对来说比较务虚；而习近平在全国卫生与健康大会上的讲话精神，则有着明显的工作部署的意味。从健康社会学的角度去解读，习近平的这段话实际上包含两重意思：

第一层含义是把大健康和大卫生作为两个既有区别又有联系而且是亟待建立的“观念”相提并论提出来的。那么，是否可以这样认为，在实际工作中其实存在一个与大卫生并列的大健康。从这个意义上说，与学者们提出的广义但较为务虚的大健康相比，与大卫生并列的大健康可以被理解为一个更为务实的“狭义的”概念。亦即：(广义的)大健康=(狭义的)大健康+(狭义的)大卫生。

在两个狭义层面的概念中，我们先来讨论“大卫生”：在中文语境中，卫生是个百搭词，翻译成英语，竟也是 Health，即健康。但是，国家卫生与健康委员会，翻译成英语却是“NationalHealthCom

mission”。显而易见，这里的 Health 把卫生和健康都涵盖在内，言简意赅，相当于广义的“大健康”。

回到中文语境中，国家卫健委的名称中既然分别列出“卫生”与“健康”，其涵义必然有所区别。中文有一个组合词，就是“医疗卫生”。按国人的理解，这两者可以说是形影不离：若说医疗，就离不开卫生；反之也成立。从政府部门的历史传承看，从卫生部到国家卫计委再到国家卫健委，国务院对卫生领域的部门划分和行政职责的界定是相对稳定的，其核心内容就是医疗卫生，包括医疗服务、药品器械、公共卫生、疾病控制等等。

无论是广义的还是狭义的“大健康”概念，之所以得到高层的重视，涉及到习近平讲话的第二层含义，即“把以治病为中心转变为以人民健康为中心”。在这里，“治病”和“人民健康”显然是两个概念。同时，卫健委的工作重心要从前者向后者转变，可见“以治病为中心”的观念及做法，肯定有所偏颇，我们称之为“传统健康观”。习近平的讲话将关于健康定义的国际共识与中国国情结合起来，形成现代意义上的整体健康观，指明了“以人民健康为中心”的改革方向。

但是，遗憾的是，上述的观念更新和改革方向虽然极为重要，但在实际工作中却仍然没能得到完全的贯彻落实。即使是先行一步的“试点”，也仅仅推进到“慢病管理”便止步不前。究其原委，传统健康观的顽固性仍然不容小觑。如今从理论工作者到实际工作者，似乎离开“医疗”和“疾病”来谈论健康，都会感到不适应。于是，一

堵从价值理念到话语体系再到行为方式交织而成的无形幕墙遮蔽了我们的双眼，狭义层面的健康产业的发展也在此遭遇了障碍。

二. 大健康产业的现状和问题

以上对与“健康”和“大健康”等概念的阐述和诠释，是为我们进一步研究和分析“大健康产业”作理论上的铺垫。以下，我们的探讨要从“健康”和“大健康”跨越到“大健康产业”。当然，按学术惯习，我们的讨论还是要从对大健康产业作界定开始。

1. 大健康产业的定义

和“大健康”一样，“大健康产业”的提法也有点历史了，但真正热起来却是在2014年以后。以大健康产业为主题词在知网上搜寻，在最近的6年中，相关文章共有3682篇之多。尤其是2016年以来，“大健康产业”更成为中国社会的一个热词。

首先看大健康产业的内涵，汤炎非提出：“凡是直接影响健康，能直接改善、促进或保障健康的产业，或与健康紧密联系的服务及相关制造等产业均属于健康产业。”无独有偶，前瞻产业研究院的一份报告中也提出：“大健康产业是指与维持健康、修复健康、促进健康相关的一系列健康产品生产经营、服务提供和信息传播等产业的统称”。很显然，这两个定义都是在广义的大健康的层面给出的，但比较务虚。

金碚也在广义大健康的层面界定大健康产业，他认为：大健康产业是“满足人民健康的各类活动中的那些具有‘产业’性质的领域”。

“通常是以形成一定‘产品’或‘服务’的供求关系的方式所进行的市场化的生产性经济活动。”显而易见，这个定义的经济学意味比较浓郁。

张车伟等同样在广义大健康层面界定大健康产业，他们指出：大健康产业是“以优美生态环境为基础，以健康产品制造业为支撑，以健康服务业为核心，通过产业融合发展满足社会健康需求的全产业链动。”相对而言，这个定义更接近社会学的立场。

再看大健康产业的外延，汤炎非认为：“健康产业既包括直接影响健康水平的医疗服务业，为医疗服务等提供支持或保障的医疗器械、医药制造产业、保险，也包括健康服务评价、健康预防以及休闲健身、健康旅游、健康养老等健康服务新业态。”这个关于大健康产业外延的界定作出了医疗服务和健康服务的划分，并且在下一个层次进行了细分。

在张车伟等的研究报告中指出：“国际上将健康产业分为狭义和广义两种”，“狭义的健康产业一般是指经济体系中向患者提供预防、治疗、康复等服务部门的总和，这与中国的医疗卫生服务业相对应”。这个划分其实是试图在广义大健康产业之下，在狭义的层面上划分出“医疗卫生服务业”和“其他健康产业”两个部分。文中解释道：前者是“以医疗卫生知识和技术为基础，以维护与促进人类身体健康状况或预防健康状况恶化为主要目的，直接服务于人民健康相关活动的集合。它对应人类面临的不同健康问题，可以分为治疗服务、康复服

务、长期护理服务、辅助性服务、药品和医疗用品零售、预防服务等。”后者则是指“对健康人群提供保健产品和保健服务的经济活动”。

前瞻产业研究院报告从实践层面对大健康产业作出划分：大健康产业具体包括五大细分领域：一是以医疗服务机构为主体的医疗产业；二是以药品、医疗器械、医疗耗材产销为主体的医药产业；三是以保健食品、健康产品产销为主体的保健品产业；四是以健康检测评估、咨询服务、调理康复和保障促进等为主体的健康管理服务产业；五是以养老市场为主的健康养老产业。”将以上划分整合一下，其实也可以归位两大类：一类是是以医疗服务及产品为目标的，如上述前两个“（细分）领域”；另一类是以健康服务及产品为目标的，如上述后三个“（细分）领域”。

总而言之，从以上内涵的界定看，基本上都是在广义大健康的层面以不同学科的不同视角对同一事物作出描述和诠释；从外延的界定看，则是试图在狭义层面上对各种不同的范畴作出明晰的划分。

2. 大健康产业的现状

关于大健康产业的发展现状，我们主要讨论其规模和结构。在网络上搜寻，关于这个论题的研究报告和咨询报告还真不少，但因为众所周知的原因却无缘阅读。因此只能在可及的范围内审慎地找一些有公信力的报告——中国社会科学院和前瞻产业研究院的两份报告——以引用报告中的数据。要说明的是，由于大健康产业内涵和外延的不确定，加上统计口径的不尽相同，在讨论其大健康产业的规模时，

不同报告之间的差异也会比较大。先看中国大健康产业的规模，前瞻产业研究院的两份报告很有参考价值，我们从中一些数据。利用这些数据作预测，2020年中国大健康产业的规模是8万亿元，比2010年翻了两番；到2030年再翻一番，可达到16万亿元。无独有偶，这个预测结果和《“健康中国2030”规划纲要》提出的“我国健康服务业总规模”的要求相当一致。

张车伟等根据国家统计局编纂的2012年的“投入产出表”和2015年“投入产出表延长表”计算了居民医疗、保健消费、政府医疗、卫生支出、社会卫生支出和老年人非医疗保健消费等各项支出的数值，估算出当前大健康产业市场的经济规模。以这些统计数据为基础，他们设计了两套预测方案：方案1，假设大健康产业增加值实际增长率为8%。方案2，假设大健康产业增加值实际增长率2020年为8.7%，2025年为7.7%，2030年为6.7%。

从以上的预测结果中可以看到：在2020年，这两个方案的预测结果比较接近，同时与《“健康中国2030”规划纲要》“8万亿以上”的要求也还比较接近。具体而言，两个方案的预测结果，分别超出“规划纲要”要求30%和34%；在2030年，两个预测结果就有了差距，而且大大超过了健康中国2030提出的16万亿的要求。同时，方案1的预测结果超过了82%；方案2则超过78%。

再看中国大健康产业的结构，前瞻产业研究院2017—2019年的研究报告给出了中国大健康产业细分市场规模占比。如果把以上的

“细分市场规模”加以整合，按前文的讨论划分成医药领域和健康领域。前者包括“医药产业”和“医疗产业”两项，后者包括“健康养老产业”、“保健品产业”和“健康管理服务业”三项。按时间排序，以上三个年份的医药领域分别为 59.89%、59.54%和 55.15%；健康领域分别为 40.11%、40.47%和 44.85%。从以上的数据看，在大健康产业的总规模中，医药产业所占的比重明显大于健康产业。

在张车伟等的报告中，用居民医疗保健消费、政府医疗卫生支出、社会卫生支出、老年人非医疗健康支出、健康食品业、保健疗养旅游等六项一级指标(细分领域)，以及 38 个二级指标(细分行业)来计算中国大健康产业的经济规模。为撰写这个报告，他们付出了很大的努力，主要是对 38 个细分行业做了细致的分析，筛选出每个行业中与大健康相关的部分。

如果把以上六个一级指标加以整合，按前文的讨论划分成医药领域和健康领域。前者包括居民医疗保健消费、政府医疗卫生支出、社会卫生支出等三项，后者包括老年人非医疗健康支出、健康食品业、保健疗养旅游等三项。按时间排序，以上两个年份的医药领域分别为 67.30%和 68.04%；健康领域为 32.69%和 31.95%。从以上的数据看，医药领域所占的比重更是明显大于健康领域。

综上所述，我们引用的数据说明：(1)在过去几年中，大健康产业的规模是在逐年增长的。至于今后的发展趋势，预测结果也是逐年增长，增长的幅度还很大。与《健康中国 2030 规划纲要》的要求相

比，到 2020 年的增长幅度是持平或超额 1/3；到 2030 年的增长幅度是持平或超额 3/5。(2) 在过去几年中，大健康产业的结构是相对稳定的。若把大健康产业粗略地分为医疗领域和健康领域，所有的数据都表明，医药领域所占的比重明显大于健康领域。

三. 大健康产业的发展前景

在以往讨论大健康产业时，我们发现，在狭义层面上有一对范畴被讨论最多，可能对实践的影响也会更大，这就是广义大健康产业中的医疗产业和健康产业。以下，我们的讨论主要围绕这一对范畴展开。

1. 医药产业和健康产业的有机整合

我们再来回顾和清理一下前文中相关讨论的思路：首先是广义的大健康可分为狭义的大健康和大卫生(医疗卫生)。讨论这个问题的理论基础则是 WHO 的健康定义中“健康不仅是不生病和不衰弱”的论断和习近平要“以人民健康为中心”的讲话精神。其次是到实践中去，以上述理论观点来划分大健康产业，同样可以划分出医药产业和健康产业。接着，我们也对这个划分做了量化的考察：如表 4 所示：在前瞻产业研究院的 2017 年、2018 年和 2019 年的三份报告中，医药产业和健康产业之比分别约为 60：40、60：40 和 55：45。在张车伟等的研究报告中，2012 年和 2016 年的数据约为 67：33 和 68：32。数据表明，在大健康产业的规模和结构中，医药产业占据明显乃至绝对的优势。

在一些大健康产业的试点地区参观及参加会议时的所见所闻，与

上面的数据可以互为印证。本文一开头我们就对此提出疑问，因为我们发现地方领导对大健康产业的兴趣似乎集中在药品制造，尤其是热心于发展生物制药；而对服务提供，尤其是对本地居民的服务提供，除了医疗服务，其他的似乎都很难摆上他们的议事日程。因此，健康管理在整个大健康产业中的占比始终只在 3% 上下。

这就提出了一个社会政策的路径选择问题，就是在广义的大健康产业的未来发展中，是医药产业继续单兵突进，还是和健康产业并肩前进？有学者认为：“大健康产业中最为重要的就是医药”。的确，无论从什么角度说，医药产业的重要性肯定是无庸置疑的。但现在我们是否可以换个思路，扪心自问一下：如果没有郑重其事地提出大健康和大健康产业的新概念，医药产业的重要性是否会因此而降低？其发展是否会受到压抑？

实际上，相对而言，医药产业本身已经是一个相对成熟的产业，具有充分的自我发展的实力。当然，若进行国际比较，我们的医药产业相对落后，但这也说明在这个领域中国的发展空间还很大。何况我们还有中医中药，这在当前抗击非典的战疫中已经体现得很明显。只要党和政府乃至全社会给予足够的重视，有好的政策和好的环境，有没有大健康和大健康产业这顶大帽子“罩着”，医药产业同样会发展迅速。

但是，如果一味在大健康产业中突出医药产业的地位，在实际工作中反倒会落入“以治病为中心”的传统健康观的泥淖，其结果可能

适得其反。更令人担忧的是，医疗领域一些与生俱来的负面特质，譬如由医患双方信息和权力不对称造成的医方的天然垄断，也会向其他健康领域漫延。用治病乃至治愈为标准来要求健康服务，必然使健康服务受到压制。

譬如营养保健产业，目前在中国尚处于起步阶段，普及率不及10%，美国却高达70%，因此发展空间可以说十分可观。营养保健品并不能用于疾病治疗，还需常年服用才能对改善体质有所助益。但无论对于慢性病还是烈性传染病，国人身体素质的提高是最重要的物质基础，而营养保健有益于建立和巩固这样的基础。因此，必须要建立一个有别于药品的评判标准，只有创造“友好的”外部环境，营养保健产业才能真正发展起来。

又如老年人需要健身锻炼，因为肌肉衰减综合症会带来很多诸如站立、平衡、摔跤等方面的后患，甚至认知障碍都与此相关。在美国，社区的健身房中白天都是老年人，但是在中国却少见。原因可能是美国有专为老年人服务的健身教练，中国则没有。没有专业教练指导，老年人凭自己的感觉进行锻炼，效果好不好且不说，受伤的可能更是令人担忧。然而当前在很多公园里，都可以见到有一些老人正在做着各种匪夷所思的“锻炼”。因此，仅老年人健身锻炼这一项，无论是服务提供还是产品供应，健康管理都有着极大的发展空间。

相似的例子在日常生活中可以说比比皆是，举不胜举。只要我们有心去留意，就会发现，健康产业，无论是服务提供还是产品制造，

都有极大的发展空间。

2. 整体健康观和健康大产业

针对“以治病为中心”的传统健康观，我们提出了“整体健康观”的理念。从理论上说，人的健康状况其实并不是“有病”、“没病”的零和判断。如果画一个线段，左右两个端点分别是“绝对健康”和“绝对不健康”，实际上我们的健康状况是在这条线段的任一点上。处于靠近左边“绝对健康”端点附近的某一段属于健康，反之属于不健康，中间则属于亚健康。据北京立方社会经济研究院对北京和甘肃等地 3 万多人的健康功能评测和分析，大约 80—85%的人都属于健康和亚健康状态，没有必要将他们与疾病和医疗即刻挂起钩来而成为“患者”或“病人”。

因此，狭义的大健康和健康产业的“初心”和“使命”，应该是根据 WHO 提出的健康四大基石和中医理论为基础，通过健康管理，包括营养干预、运动干预、心理干预和其他个人行为 and 生活方式干预等非医疗手段以及中医治未病、中医康复等，使健康者能保持健康，使亚健康者能逆转及恢复健康。只有对于不健康者，才需要医疗服务。

综上所述，我们得出以下几点结论：

(1) 包括狭义的大健康和大卫生在内的广义大健康领域，可以被视为一种人类社会的基本需要的系统(见图左方框)，亦即马斯洛“需要层次论”中的第二个层次——健康的需要。但是健康并不能用“有病”、“没病”的零和判断来定义，如前所述，人的健康状况可以分

成健康的、亚健康的和不健康的(患病的)三类,这三类人群的需要是不一样的:健康人群的需要是保持健康,精力充沛;亚健康人群的需要是逆转亚健康的发展趋势,并力争恢复健康;不健康(患病的)人群的需要则是治愈疾病,至少是能够控制病情并恢复日常生活能力。

(2)包括狭义的健康产业和医药产业在内的大健康产业,可以是被视为是为了满足人类社会的健康需要而提供相应的服务和产品的行动系统(见图右方框)。其中的健康产业,亦即健康管理子系统,主要满足健康和亚健康人群的需要,采取的方式主要是非医疗的,包括运动干预、营养干预、个人行为 and 生活方式干预、心理干预,等等,以及为实施这些健康干预所配套的产品的产业,还有中医的“治未病”也应该包括在这个子系统内。其中的医药产业,亦即医疗服务子系统,主要满足不健康(患病的)人群的需要,采取的方式主要是诊断、治疗、手术、护理、康复,等等,以及为支持这些医疗服务而配套的药品和医械产业。

(3)研究表明,在总人口中,健康人群一般约占 15—20%,亚健康人群约占 60—70%,不健康(患病的)人群大约也约占 15—20%。因此,满足健康的和亚健康的大多数人的需要的健康管理以及与之相配套的诸多领域,健康产业可谓天地广阔,大有作为。为此,我们提出一个口号:健康管理向前,医疗服务殿后。

(4)大健康和大健康企业本质上是具有整合意义的大系统。社会学的结构功能理论认为:大系统的结构分化以及分化后形成的各子系

统的功能相互耦合，才能使整个大系统发挥出 $1+1>2$ 的整体效应。在图示中，大健康系统(左边方框)提出了三类人群的不同需要，而大健康产业系统(右边方框)则回应以健康管理和医疗服务的供给，这就形成了第一层次的功能耦合；在大健康产业系统中，健康管理(右边方框上半部分)通过各种有效干预使人少生病乃至不生病，而一旦生病则由医疗服务(右边方框下半部分)进行诊治，这又形成了第二层次的功能耦合；在第三层次上，不管是健康管理还是医疗服务又都分化为服务提供和产品配套两个小系统，它们之间也应该形成功能耦合。预防和疾控这个小系统则处于健康产业和医药产业之间，横跨两个子系统，但实际上应该偏向于健康产业。只有以上三个层次的结构分化和功能耦合都趋向理想状态，作为大系统，亦即包括大健康和大健康产业的整个大健康市场，才能发挥最大的整合效应。

从这样的思路出发，我们可以发现，作为子系统，医药产业和健康产业之间要平起平坐，而且能够互通互联，互利互补。如果两个子系统一强一弱，整个大系统也很难正常运行。正如一些学者指出的那样：原有的医疗服务体系关注疾病人群，而忽视健康风险因素对 80% 的健康和亚健康人群带来的危害，这会导致疾病人群的不断扩大，随之而来的是医疗系统的不堪重负。因此，即使在医学界，以健康替代疾病作为医学的中心问题的呼声也由来已久。如此种种，可以说包括大健康和大健康产业的大健康市场的诞生和发展是一种合力的结果，或者说是一种未来发展的大趋势。

县域老年照护体系：概念框架与方案设计

来源：中国社会科学院

2020 年新年伊始，国家统计局便发布了 2019 年的中国经济社会统计数据：2019 年年末，中国大陆总人口已突破 14 亿大关，达到 140005 万人。在这 14 亿人中，60 周岁及以上人口为 25388 万人，占总人口的 18.13%；65 周岁及以上人口 17603 万人，占总人口的 12.57%。

自从 20 年前中国迈进老龄化国家行列以来，“人口老龄化”一直成为中国社会的梦魇。政府也为此制定了应对策略，但相对城镇老年人口而言，农村老年人，尤其是有照护依赖的农村老年人受到的关注显然是不够的。2013 年以来，我们始终对国内老年照护服务的发展状况保持着持续的关注。2019 年，我们专程到江苏和浙江，针对农村老年照护服务进行调研，并在汲取并整合两地经验的基础上，形成了建立县域老年照护体系的构想。

本文将从理论和概念框架、农村老龄化背景、访谈资料分析和政策方案设计四个方面，试图在对现有文献数据的分析和以深入访谈为基础的质性研究基础上，提出一个可行的社会政策方案。以下我们先从理论和概念框架说起：

一. 老年照护的相关理论和概念框架

当今世界正处于一个新概念层出不穷的时代，中国当然也不例外。在中国，有关老年服务的概念尤其多。但其中相当一部分，既没

有明确的定义，更没有清晰的内涵和外延，常常让人不得要领。实际上，在国际上是有一整套与老年服务和长期照护相关的理论和概念体系的，而且已然达成全球共识。为了在后面的讨论中不产生歧义，我们先把一些相关的理论和概念梳理一下，然后将其整合起来，以建构一个既适合中国国情，又与国际接轨的有用的概念框架。平心而论，没有共识就无法继续讨论后面的问题。

1. 健康老龄化

1990年的哥本哈根会议上，世界卫生组织(以下简称WHO)提出了“健康老龄化”的发展战略。健康老龄化是指：人在迈入老年阶段后，能够继续在生理、心理、智能等各个方面，尽可能长时间地保持良好的健康状态。此后，在2002年，WHO又提出了“积极老龄化”的价值理念。积极老龄化是指：以提高老年人的生活质量为目标，尽可能优化其健康、社会参与和保障机会的过程。

2016年WHO发布《关于老龄化和健康的全球报告》(以下简称“全球报告”)和《中国老龄化和健康国家评估报告》(以下简称“中国报告”)。时隔16年后，再提“健康老龄化”，并作出进一步阐述。“全球报告”将健康老龄化定义为“为发展和维护老年健康生活所需的功能发挥的过程。”同时强调：“健康的老龄化并不仅仅是指没有疾病。对大多数老年人来说，维持功能发挥是最为重要的。”上述两个报告中对“健康老龄化”最新表述，已经把之前提出的健康老龄化和积极老龄化有机地整合到一起，同时把重点聚焦到“功能发挥”。

“全球报告”提出了关于老年生涯三阶段的理论：(1)能力强而稳定的阶段，对于内在能力强而稳定者，其健康政策的重点应该是尽可能长久地维持这种状态。(2)能力衰退的阶段，对于能力衰退者，由于疾病已经发生，其健康干预的重点应该逐渐从预防或治疗疾病转变为使疾病对个体总体功能的影响最小化。所以，健康服务应该有助于阻止、延缓或扭转机能衰退。(3)严重失能的阶段，对于已经严重失能的老年人，其健康政策的重点是提供长期照护。长期照护系统可以维持老年人的功能发挥，维护他们的基本权利、基本自由和人权。简而言之，在老年生涯三阶段中，处于第一阶段的老年人需要的是健康管理；处于第二阶段的老年人最需要的是慢病管理；处于第三阶段的老年人需要的是长期照护。

2. 长期照护

近年来，很多重要国际组织都就“长期照护”频频发声。WHO除了以上的两个报告，还有在2000年就发布的《建立老年人长期照顾政策的国际共识》(以下简称“国际共识”)。2018年，国际劳工组织(以下简称ILO)也发布了《照护工作和照护职业：作为体面工作的前景》(以下简称“劳工报告”)，世界银行则发布了《中国老年照护的选择：建设一个高效、可持续的老年照护体系》。

WHO的“国际共识”提出“长期照护(Long-termCare)”的概念：长期照护是由非正式提供照护者(家庭、朋友或邻居)和专业人员(卫生、社会和其它)开展的活动系统以确保缺乏自理能力的人能根据个

人的需要选择，保持最高可能的生活质量，并享有最大可能的独立、自主、参与、个人充实和人类尊严。虽然“国际共识”发布于 20 年前，但长期照护的概念却与 WHO 在 2016 年对“健康老龄化”的新解高度一致。

WHO 用了一个新名词来阐明长期照护的目标，这就是“照护依赖 (CareDependency)”。“中国报告”将其界定为：“频繁的需要他人的帮助和照护，超出了健康成人的正常需求”。“全球报告”指出：“当功能发挥下降到没有别人帮助时，个体就不能完成基本的日常生活必要活动，此时便会出现照护依赖”。值得关注的是，“全球报告”特别强调：在经济学中，“依赖”通常被描绘为一种负面状态。但照护依赖是一个中性词，描述的是老年人的“能力衰减”。

一般认为：造成照护依赖的原因有三：其一是慢性疾病，其二是认知障碍，其三是体质衰弱。“中国报告”强调：没有慢性疾病的老年人也可能出现体质虚弱从而导致照护依赖。在本文中，我们将使用一个新词——“照护依赖老人”来指代因罹患疾病、体质虚弱和认知障碍而需要长期照护的老人，以取代现在常用的“失能老人”或“失能失智老人”，因为这两个词表述的意思并不完整也不贴切。

为什么用“照护”？因为英文 Long-termCare 实际上包含了三层含义：第一是指对生活照顾——突出的是“照”字；第二是指与生活照顾边缘模糊的护理和康复，——重点是“护”字；第三是指即使是照护依赖老人也要享有充分的自主权和自由选择权以及人格的尊重，

等等——强调的也是“护”字。综上所述，就构成了“照护”。所以，把 Long-term Care 翻译成长期照护表述的意义更为贴切。

WHO 的长期照护定义提出了一对范畴：专业(正式)照护和非正式照护，并作了界定。另有一对范畴是直接照护与间接照护，直接照护是指对照护依赖老人直接提供的服务，包括私人的、互相的日常照护活动。间接照护则是对照护依赖老人提供的烹调、清洁等间接服务。

3. 老年照护的概念框架

在这一节的最后，我们将以上已然厘清的理论 and 概念整合到一起，形成一个统一的理论和概念框架。这个框架包含了以下五层涵义：

(1) 2016 年 WHO 再度推出的“健康老龄化”新概念，目标很明确，就是尽可能以步步为营的策略维持老年人的功能发挥。

(2) 在老年生涯三阶段中，随着老年人体质机能由强变弱，第一阶段的重点是健康管理，第二阶段的重点是慢病管理，而第三阶段的重点则是长期照护。

(3) 到了第三阶段，亦即严重失能阶段，因为老人的“照护依赖”逐渐升级，最后到了没有旁人的帮助便没法维持正常的日常生活，因此亟需长期照护。

(4) 长期照护可分为正式照护(专业照护)和非正式照护。

(5) 长期照护可以分为直接照护和间接照护。

二. 农村老龄化和老年照护需要

在上一节中，我们对本文的三个关键词——健康老龄化、老年服

务和长期照护作了理论铺垫，并建立起一个概念框架。接下来，我们要讨论农村人口老龄化的趋势，弄清农村老年服务和长期照护服务的需要，这就是本文的研究背景。以下，我们的讨论先从农村人口老龄化的发展趋势及其给农村社会带来的影响开始。

1. 中国农村老龄化的趋势

在当前中国 2.54 亿 60 周岁及以上老年人口中，究竟有多少人生生活在农村，要弄清楚这个问题似乎并不容易。我们只能在知网上已发表的论文和研究报告中，找到一些过往的零星数据。

在“我国农村老龄问题研究”课题组撰写的《积极构建城乡统筹的社会保障体系》一文中提及：2009 年，中国 60 岁及以上的老年人口数为 1.67 亿，其中 0.62 亿在城市，占老年人口总数的 37.13%；1.05 亿在农村，占 62.87%。农村老年人的数量是城市老年人的 1.69 倍；据此计算，就老龄化率而言，城市是 9.97%，而农村是 14.13%，农村老龄化率是城市的 1.42 倍。

在同仁所著的《老年人幸福感提升，老龄事业任重道远》一文中，披露了“第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查”的统计数据：以 60 岁及以上老年人口计算，2015 年，城镇占 52.0%，农村占 48.0%。据此计算，2015 年城镇老年人口的绝对数是 11045 万人，农村老年人口是 10196 人。农村老年人口是城市的 0.92 倍；而就老龄化率而言，城镇为 14.32%，农村为 16.90%；农村老龄化率是城镇的 1.18 倍。

在《国家应对人口老龄化战略研究总报告》（以下简称“战略研

究”)中对此作出了解释：由于大规模的乡城人口流动，导致农村人口老龄化的程度和速度高于城镇。2010 年，农村人口老龄化水平为 15.6%，比城镇高 5.7 个百分点；2016 年农村人口老龄化水平将突破 20%，比城镇高 6.7 个百分点；2028 年农村人口老龄化水平将达到 30.5%，农村将进入重度人口老龄化阶段，比城镇高 10.9 个百分点。

“全球报告”中对全球人口变动趋势的判断，为中国同行的意见作了背书：“全球化和全球联结使年轻人更容易迁移到不断发展的地区，这将导致老年家庭成员被留在贫困的农村地区，失去从前可以支持、帮助他们的传统家庭结构。”如此看来，农村的人口迁移及其带来的社会问题并非中国独有，而是全球性问题。

根据国家统计局提供的数据：2019 年农民工总量 29077 万人，其中外出农民工为 17425 万人。“战略研究”指出：“伴随着大规模城乡人口流动，农村产生了大量留守老人家庭。”根据民政部 2016 年全面摸底调查，大规模农村人口迁移为中国农村留下了 1600 多万“留守老人”。

实际上，调查数据也表明：在农村老年人中，空巢的占 44.26%，独居的占 14.21%。调查数据还显示了另一些不利因素，诸如：无配偶的占 32.55%，80 岁及以上高龄的占 14.20%，收入水平在贫困标准以下的占 35.51%，至少患有一种慢性病的占 84.43%。究其原委，“全球报告”指出：当今世界，“一些老年人无疑认为他们可能会成为子女的负担，从而选择与之分开生活。”这股可能造成照护依赖责任旁

落的世界性思潮对中国农村的影响也是显而易见的。

综上所述，如果将缺乏劳动力看成人口老龄化最大的负面影响，在人口自然变动(少子老龄化)和机械变动(劳动力迁移)的双重压力下，其不良后果最终落在农村将会是大概率事件。

2. 农村老年人生活状况及需求

在人口老龄化造成的诸多不良后果中，农村的“照护依赖老人”面临的是最严酷的现实，当他们的身体功能发挥下降到没有别人帮助就不能完成基本日常生活活动时，他们将会因缺乏照护者(无论是非正式照护者还是专业人员)而陷入困境甚至绝境。最悲惨的结局，便是以自杀求“解脱”。

根据“中国报告”给出的数据计算：2010年中国60岁及以上的照护依赖老人为1591万人，占当年农村人口67415万人的2.36%。考虑到近年来城镇化和老龄化都在加速，若将相关比例调整为3%，那么2019年农村的照护依赖老人是1655万人。

李芳著文披露了2015年第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查的相关数据：农村老年人自评健康“差”、“一般”、和“好”的比例分别为30.09%、41.01%和28.90%。基本格局是3—4—3。同时，17.90%的农村老年人自报需要生活照护服务。据此推算，自报有照护依赖需求的农村老年人规模应在1700万以上。

同时，在上述抽样调查的问卷提出的诸多服务选项中：选择“上门看病”的比例为54.41%，然后依次为健康教育服务(25.10%)、心

理咨询/聊天解闷(24.76%)、康复护理(20.93%)、日间照料(17.51%)、上门做家务(17.31%)、助餐服务(15.36%)、老年辅具用品租赁(13.05%)、助浴服务(12.48%)。但 88.92%的农村老年人还是选择在家里接受照料护理服务。

“全球报告”指出：现在很多社会已经认识到过度依赖家庭照护可能不利于老年人的福祉，同时也会给作为传统照护者的女性造成特别的负担。因此，“全球报告”建议：“需要展开讨论，探讨未来如何由家庭、国家和私营部门共同完成对老年人的照护”。

三. 建立县域老年照护体系

至此，我们已经做了理论铺垫，建构了概念体系，厘清了研究背景，现在我们要带着问题到实践中去进行调查研究，我们的调查方法主要是深入访谈，并在深入访谈的基础上作质性分析，最终的目标是设计一个适合农村老年人需要的照护服务体系。2019年，我们在长三角地区尝试着进行了初步的探索：

1. 江浙经验给我们的启发

2018年，我们在复旦大学立项，设立了一个研究课题《中国长期照护服务机构运行机制研究》。2019年4—8月，我们先后到上海、天津、昆明等地，与一些国内知名的老年照护机构的高层(包括董事长、总经理以及专业技术骨干)进行了深入访谈。在上海，我们在对上海银康投资管理有限公司副总经理朱恩良进行访谈时，朱总提及：

整个银康的发展其实是两条线：银康希望发展出一个模式，就是

以一个大的专业机构为中心，在中心周围开展社区服务，然后再从社区把专业的老年服务推广到居民家里去。这是我们很重要的一个理念，或者说是我们追求的一种风格或格局。但是，这样做是有空间距离限制的，譬如三、五公里这样的范围。所以我们在离银康较远的地方也设立微机构和社区中心，然后再从社区中心深入到居民家中。

去年以来，我们又尝试，把微机构和社区中心办到长三角去，把银康的专业服务搬过去。现在在浙江的海宁、海盐成立了嘉兴银康，在江苏的射阳成立了金实银康，性质都是控股合资。这些小机构依托我们这个大机构可以把机构服务建起来，然后再把社区服务和居家服务推广出去。嘉兴银康目前管理的老年照护机构已有 500 床位，有些镇上的敬老院托管给我们了；金实银康目前主要以社区服务和居家服务为主。在同行业中，我们的扩张速度是比较慢的，但比较扎实。之所以扎实，是我们把这个模式里面要做的事情都先在上海打磨了一遍，都琢磨透了以后再推出去，这个过程前后大概有三、四年。

听到这些信息，我们很兴奋，因为原先我们项目中拟议的访谈都是城市的民营老年照护机构，而海盐和海宁是嘉兴市辖下的县级市，射阳则是盐城市辖下的一个县。嘉兴银康和金实银康的老年照护服务是已经延伸到广阔农村去的一个触角。当时约定，一定要去这几个地方作调查，这个计划在当年 7 月终于成行。

课题组首先来到江苏省射阳县，我们考察的金实银康是上海银康的一个控股子公司。金实银康将上海银康的成熟经验与服务模式与射

阳当地的文化习俗相结合，在当地走访了高龄、空巢、失独、失能、失智、困难、五保等 300 多老人。针对农村留守老人居住零散、收入偏低、观念陈旧等特点，通过上门服务、送教下乡、互助照护等多种形式，积极探索农村老年服务的新模式。金实银康的工作得到江苏省各级民政部门的认可，在业内享有盛誉。课题组对金实银康的工作区域进行了实地考察。总经理郑婕向我们介绍了金实银康农村老年服务的整体布局：

2018 年，我们在县里承接了这一片 134 个行政村和居委会的居家老年服务。我们主要是要把农村富余劳动力转变成养老服务的生力军，在每个村落实一、二位农村妇女担任照护员，现有照护员 140 余人，遍及每个村(居)，服务实现了全覆盖。需要服务的老人经过民政系统评估，确定了需求，然后以政府购买服务的方式，由我们提供服务。

如何让农村妇女成为合格的照护员，我们花了不少心思。上岗前都要进行系统培训，既包括职业道德，也包括职业技能。这些照护员平常在家，每人都有一个手机，装上了专门的 APP，老人的“服务订单”即时通过 APP 发到他们的手机上。她们接到订单就立马放下手上的家事农事，上门为老人提供服务，包括生活照料、精神慰藉，还有独具农村特色的帮农服务。2018 年，金实银康服务人次突破 5 万，每名照护员月收入可达 3000 多元。

在当今中国，监督机制总是一个敏感的话题，分散在各村的自行

提供服务的照护员更加不能例外。对于这个问题，郑婕这样认为：

我们采用了江苏新华网提供的智能软件，照护员每天的活动轨迹随时显示在线上的智能控制平台的大屏幕上，我们也随时可以与照护员通过手机通话。另外，因为是政府买服务，县民政局也专门设立了“县民政局+镇民政办+村民政专员+村老年协会”的四层监督网络。尤其是老年协会，都是本村的熟人，也都是我们的“线人”，有他们‘明察暗访’，向我们反馈最真实的服务情况。每个反馈都仔细记在服务台账上，根据服务频次、服务满意度两个指标，我们每月对养老护理员进行考核奖励，促使大家比学赶超、努力提升服务质量。

郑婕介绍：金实银康的服务还有两大特色：一是“送教下乡”，就是派出专业的培训教师，将老年照护、健康知识和相关的方法、技巧也来个“上门服务”。她说：

“散落”在各村(居)的照护员给持续的“再培训”增添了困难，经常性的集中培训会耽误很多事。所以我们的对策是机构的培训团队定期“送教下乡”，一个村接着一个村走，把护理技巧、急救知识、安全防护、维权意识送到农村。受益的不光是机构的照护员，村里的老人和他们的家属也可以前来听讲，这样就广泛普及了老年照护的知识和技术。

第二个特色是“互助养老”，郑婕带我们参观了一家互助小院。这是一个农家小院，收拾得干净整洁。主人夫妇从事农业生产资料经销，平时有些闲功夫，可以抽时间来照顾老人。我们到达时，看到有

几位老人正坐在小院门口的小河边，围着一张桌子，喝茶闲聊。郑婕介绍说：

我们也尝试在村里设立集中照护点，叫作“互助小院”。有一些照护员有空余时间、家里房子也比较大，我们就投资，帮他们将一部分空闲的房子按要求做装修，然后将同村有需求的老人集中到一起。老年人可以白天来，晚上走，必要时也可以留宿。这样的方式，既有照护员提供服务，老人之间也可以相互照顾。

当然要将这件事情运作起来，也要做很多事情。譬如要标准化，做适老化改造，考虑消防和食品安全，还要加强服务技能培训。今后，互助小院将是我们提供服务的主要方式之一，争取尽快铺开。还要打造统一的名称和制式，要向规模化、标准化、连锁化、品牌化发展，让更多农村老人享受到专业服务。

这样的服务思路值得推广，因为既不需要政府大量投资，也符合原地安老的国际共识。总而言之，射阳之行，令我们收获很大。

8月间，课题组又来到浙江省海宁市和海盐县，实地考察了海盐县百步镇银康养护院。银康养护院的前身是百步镇颐养院，性质是农村敬老院，2012年海盐县曾经投资进行改造，计划床位139张，但当时仅仅住了百步、沈荡两镇的五保老人37人。2018年，上海银康和嘉兴福如海共同投资成立了嘉兴银康，根据《浙江省民政厅关于推进养老机构公建民营规范化的指导意见》，以“加强内部管理，强化服务意识，提高服务质量，完善服务设施”为宗旨和目标竞标成功，

以公建民营的形式参与运作海盐县百步镇银康养护院，托管的时间是10年。前三年免房租，第四年起每年租金是30万元。上海银康和嘉兴银康共投入160万元用于设施装修。养护院在2018年4月开业，有床位126张。开业一年多，已经入住社会老人27人。

我们在院里边参观边聊，嘉兴银康的总经理程哲峰向我们介绍：

我们坚持“以人为本、品质至上”，尤其重视职工的职业道德教育，强调“五心”，就是耐心、细心、真心、爱心和责任心。我们很重视上海银康的运营管理和专业护理的经验，对接上海银康老年公寓，我们的院长和管理人员到上海银康去学习，也由他们派出培训老师给我们的护理人员上课，全面学习老年护理知识，掌握操作技能。我们不但注重员工与老人，也注重员工与员工之间的情感交流与沟通，有专业社工开展小组工作，缓解、员工工作压力，排解负面情绪。让员工有归属感。

银康养护院有五栋楼，其中两栋住着五保老人，另外三栋住着自费的社会老人。院内干净整洁，花团锦簇。最有意思的是，养护院还保留了敬老院的老传统，充分利用院后土地，自给自足供应食堂蔬菜瓜果，为老人餐桌增添一份绿色与健康。在活动室里，我们看到有老人剥豆择菜，陪同我们的工作人员开玩笑说：

这些蔬菜都是自己种的。城里养老院老人动手做手工，我们的老人动手择蔬菜，同样可以达到老人活动双手、维持能力的目的，也符合农村老人的生活习惯。

考察完毕，我们到海盐县民政局座谈。首先课题组表示对浙江省和海盐县改造农村敬老院并以公建民营的方式进行托管的经验十分欣赏，然后就参观中想到的一些问题进行了交流，和王少波副局长(以下简称“王局”)的讨论很有意思。

唐钧：现在一个院里既有五保老人，也有自费老人，这样“一院两制”，待遇不一样，看上去感觉有点不舒服。听说有的地方把几个敬老院的五保老人集中到一个院，然后把其他的院向社会开放，这样做是否好一点？

王局：是的，但是要往条件好的乡镇靠，不然可能不愿意去。

唐钧：当然也可以县里在条件好的地方可以建一个，现在五保老人越来越少，可以把有照护需要的集中到一起。干脆公办，公建公营。

王局：是的，这也是一条思路。但是还有一个思路，就是把五保老人的待遇补到和自费老人一样。补足之后五保老人可以自主选择：我也可以选择在海盐，也可以选择到其他地方，甚至选择到海宁都可以。政府只要补足资金就行，对不对？五保老人跟社会老人完全一样。

唐钧：我们想到一起了，真是很高兴。原先还怕民政感到为难……

王局：把五保的标签拿掉，他(她)就是一个正常的社会上的一个孤寡老人。他需要老年服务，他有能力自由选择接受什么样的服务，对吧？我也可以选择高品质的服务，达到这个目的就行。

我们的江浙考察，涉及的范围有限。我们的所见所闻似乎也很平凡，但接地气。也许金实银康和嘉兴银康的做法，在江浙两省的其他

地方也正在进行同样的实践。然而，将这两个机构的做法和经验整合到一起，一个县域老年服务和长期照护体系的雏形在我们脑海里逐渐浮现。

2. 县域老年照护服务体系要点

我们拟议中的县域老年照护体系包括以下要点：

第一，县域老年照护服务体系强调“县域”，但凡此县行政区划内的所有居民在政策上一视同仁，不再区分城镇居民和农村居民及搞双轨制。

政策思路：首先是与大的政策背景——不再分城镇户口和农村户口全部为居民户口——走向一致。其次是县级行政区划中，照护依赖老人本就有限，没有必要再加区分。譬如，射阳县常住人口 87.85 万人，海宁县常住人口 85.85 万人，海盐县常住人口 44.79 万人，若按前文中所提的 3% 计算，照护依赖老人分别为 2.64 万人、2.57 万人和 1.34 万人——这些数字可以作为方案设计的基础数据。

国际共识：“国际共识”指出：无论年龄、性别或收入，所有需要照顾的老年人都应获得长期照护服务。“中国报告”指出：中国亟需基于公平获得和利用照护服务的原则开展及时和合理的政策干预，以满足中国老年人的照护需求，提高照护人员和照护对象的生活质量。

第二，培育或引进数家有声望、有能力的专业照护机构，或称老年(照护)服务经营商。在县城及分片建立若干床位在 200 张上下的老

年照护机构，作为“旗舰店”。大机构再分片承包各乡镇的敬老院建构小型照护机构，同时让小机构成为乡镇的老年服务中心。

政策思路：就硬件设施而言，乡镇养老院遍及全国每一个乡镇，但缺乏动力和活力。数据表明。2018年，全国养老床位合计达到727.1万张，其中“社区留宿和日间照料床位”达到347.8万张。2015年的农村特困人员中，“集中供养”的占比约30%。按此比例测算，2018年集中供养为136.5万人。由此可见，农村敬老院有大量床位闲置是不争的事实。要建立县域照护服务体系，应该首先考虑把农村敬老院的床位利用起来。

县域老年照护体系要避免行政化的路径依赖，要走专业化服务的道路，重点瞄准老人的功能维持。以县里、片上的“旗舰店”和乡镇的小机构首要目标是解决要专业机构在当地的生存问题，然后再图进一步的发展。但要注意，不要一家独大，而要保有几家并形成良性竞争。

国际共识：“国际共识”提出：促进私立—公立部门合作和伙伴关系，使各级政府、民间社会、非赢利部门和赢利部门参与。清楚确定私立部门和公立部门的作用和责任，以便实现这些目标。创建可为私立部门支持和合作提供基础的公共计划。

第三，乡镇的老年服务中心向下延伸，按需要在各村举办老年服务网点。要实行品牌化、标准化、连锁化经营。

政策思路：服务网点(如金实银康的互助小院)的风格应在正式和

非正式之间，倾力营造温馨、随和的家庭氛围，这样有利于保持老人的功能发挥。服务可包括直接服务和间接服务，主要是日间服务，但也可以短期留宿，甚至可以考虑长期居住。所谓正式，包括有统一的LOGO，统一的装修风格和标识，统一的服务流程。但服务项目要可选择、有弹性，具体要看老人的需要和偏好，特殊要求特殊处理。

国际共识：“国际共识”建议：现行社区机构、短期照护服务和支持团体应加以利用，使这些提供照护者做好准备并对他们给予支持。“全球报告”建议：近些年，另一种居住照护概念越来越受到关注。照护机构被设计为小型的团体之家，提供更像家庭的环境氛围和全天候的照护。这些创新性的方法旨在首先将受照护者视为人，而不是患者。

第四，服务网点的照护服务再延伸，就是照护员上门服务了。这样的服务就是服务网点的照护服务的“单机版”。

政策思路：照护员一般应该是本村的邻居，和有需要的老人之间的信息沟通，还是靠APP，靠机构设置的线上的服务平台。与城市社会不同，城市社会是一个陌生人社会，所以组织化和智能化的监督至关重要，而且几乎是唯一的手段。农村社会是一个熟人社会，乡里乡邻，抬头不见低头见。乡村社会的道德监督可能是一个更有效、更可靠的监督手段。

国际共识：“中国报告”指出：扩大长期照护服务基础设施建设，关注基于社区和家庭的照护。创建众多日间照管中心并连成网络，纳

入社区志愿者共同工作，从而使社区和家庭照护服务体系得以扩展。

第五，照护依赖老人如果完全不能自理，还是建议到县乡两级的照护机构享受专业照护。但是，如果老人坚决要终老家中，那也应该服从老人的意愿。但是居家的老人必须在家中落实一个非正式照护者，终日陪伴老人。

政策思路：如果居家的照护依赖老人 24 小时都离不开有人陪护，那就首先要落实非正式照护者。以维持老人的功能发挥为目标，机构的专业人员要对非正式照护者进行技能培训，并提供一些非正式照护者不能承担的技术门槛较高的专业服务。现行政策常常规定一个星期服务若干次，一次若干小时。实际上，这样提供部分时间的上门服务是建立在家中有非正式照护者的基础上的，现行政策却把这个重要的前提条件“忘了”。

国际共识：“全球报告”指出：很多国家正处于将长期照护服务的重心从机构照护转向以社区为基础的居家照护的过程中。在许多经济合作与发展组织国家，有二分之一到四分之三的老年人在家中接受长期照护。

第六，提供照护服务肯定需要成本，所有的服务成本都要有可靠的资金来源。资金来源有三：一是服务收费；二是社区基金；三是政府补贴。

政策思路：对于在机构内享受照护服务的老人，理想模式是有长期照护保险制度支撑，这在一些试点城市中已经做到。如果保险金能

够覆盖一半的服务成本，另一半则由老人自己和家属负担。按目前的成本看，有照护依赖需求的老人每月平均收费大约在 2000 元，有完全照护依赖需求的老人大约在 3000 元。也就是说，理想状态下，个人和家庭也要负担 1000—1500 元。当然，对于贫困或低收入的老人，这部分资金可以由政府救助、社区基金或慈善基金来资助。对于居家老人，要求不应该低于上述标准。

在目前还没有长期照护保险制度的前提下，资金来源主要靠老人和家属支付，贫困或低收入的老人由政府救助、社区基金和慈善基金资助。因此，大多数老人会选择居家终老。这样的话，资金来源是个人和家属支付或者由政府补贴(政府买服务)。

国际共识：“中国报告”指出：在中国要有一个设计良好且具备可持续性的长期照护体系，必须是中国普通家庭可负担的。“国际共识”也指出：创建和支持提供照护服务的系统将需要利用平衡公共和家庭财政支出的做法，政策应该找到公平和公正的方式及付款机制，使需要照顾的老年人获得或维持经济保障。

第七，在可能的条件下，应该为提供居家服务的非正式照护者提供经济上的支持，即使是老人的配偶、子女、亲属或者邻居、朋友，应该也都一样。

政策思路：农村中的 40 岁以上的女性或 50 岁以上的男性，出外打工在人力资本上已处于劣势。如果把在家照护有需要的老人也看作是社会劳动，从而给他们支付适当的社会补贴或曰“社会工资”，既

减轻社会上就业压力，也缓解了老年照护人工不足。这也许是解决农村老年照护问题最有效也最经济的政策思路。

国际共识：“全球报告”指出：所有的长期照护——甚至是由家庭成员无偿提供的照护——都是有代价的，依靠无偿的非正式照护者而不给予额外支持已经不具有可持续性了。一些国家直接向照护者支付费用，既支持他们发挥照护作用也补偿了他们潜在的收入损失。用家庭成员照顾老人可能非常熟练且有经验，在

以上七点，构成了我们拟议中的“县域老年照护体系”基本政策框架。老龄化让我们经常把N个“老有……”挂在嘴边，但是却把最原始的版本“老有所终”置诸脑后了。中国的传统文化是非常重视人生终点的，讲究“善终”，讲究“无疾而终”，让我们用符合现代潮流的“县域老年照护体系”，去重构中国老年人完整的美好人生。

[返回目录](#)

• 中医药服务 •

聚焦高质量发展 《“十四五”中医药发展规划》提出 10 个重点任务

来源：中央广播电视总台央视新闻

近日，国务院办公厅印发《“十四五”中医药发展规划》，提出到 2025 年，中医药健康服务能力明显增强，中医药高质量发展政策和体系进一步完善，中医药振兴发展取得积极成效，在健康中国建设中的独特优势得到充分发挥。

规划指标的设定更加体现新时期中医药高质量发展要求。为提升中医药服务供给，提出每千人口公立中医医院床位数达到 0.85 张、每千人口中医类别职业(助理)医师数达到 0.62 人；为服务新时期人民群众健康需求，提出三级公立中医医院和中西医结合医院(不含中医专科医院)设发热门诊的比例达到 100%、二级以上公立中医医院设置康复(医学)科和老年病科的比例分别达到 70%和 60%；为推动中西医协同发展，提出公立综合医院设置中医临床科室的比例达到 90%、中医床位数达到 8.43 万张。

《“十四五”中医药发展规划》提出 10 个方面重点任务

《“十四五”中医药发展规划》提出了 10 个方面重点任务，为实现新时期中医药高质量发展明确了举措，提供了保障。

《规划》提出，一是建设优质高效中医药服务体系。依托综合实力强、管理水平高的中医医院建设一批国家中医医学中心；以地市级中医医院为重点，建设 130 个左右中医特色重点医院。

二是提升中医药健康服务能力。开展国家中医优势专科建设，建设 35 个左右国家中医疫病防治基地，支持建设 50 个左右中西医协同“旗舰”医院，形成 100 个左右中西医结合诊疗方案或专家共识。

三是推动建设 100 个左右中医药类一流本科专业建设点。实施中医药特色人才培养工程(岐黄工程)，做强领军人才、优秀人才、骨干人才梯次相衔接的高层次人才队伍。实施西医学习中医人才专项，培养一批中西医结合人才。

四是建设高水平中医药传承保护与科技创新体系。实施中医药古籍文献和特色技术传承专项，建立中医药传统知识数据库、保护名录和保护制度。

五是推动中药产业高质量发展。编纂中国中药资源大典，制定发布全国道地药材目录。完善全国中药资源普查数据库及中药资源动态监测数据，支持国家药用种质资源库建设。开展中药材规范化种植提升行动和中药智能制造提升行动。建立健全中药质量全链条安全监管机制。

六是发展中医药健康服务业。促进和规范中医药养生保健服务发展，发展中医药老年健康服务，拓展中医药健康旅游市场、丰富中医药健康产品供给。

七是推动中医药文化繁荣发展。加强中医药文化研究和传播，实施中医药文化传播行动。发展中医药博物馆事业，促进中医药博物馆体系建设。

八是加快中医药开放发展。推进中医药参与新冠肺炎等重大传染病防控合作经验，推进中医药高质量融入“一带一路”建设，实施中医药国际合作专项，助力构建人类卫生健康共同体。

九是深化中医药领域改革。建立符合中医药特点的评价体系，健全现代医院管理制度，完善中医药价格和医保政策，改革完善中药注册管理，推进中医药领域综合改革，建设 10 个左右国家中医药综合改革示范区。

十是强化中医药发展支撑保障。提升中医药信息化水平，开展基层中医药信息化能力提升项目。建立国家中医药综合统计制度。加强中医药法治建设，完善中医药法相关配套制度。

[返回目录](#)

推进中医药融入海洋强国建设

来源：中国中医药报

21 世纪是海洋的世纪，我国所辖海域广阔，海岸线长，是名副其实的海洋大国，《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》提出：“坚持陆海统筹、人海和谐、合作共赢，协同推进海洋生态保护、海洋经济发展和海洋权益维护，加快建设海洋强国。”向海洋进军，加快建设海洋强国，是新时代中国特色社会主义建设的重要战略举措。中医药在海洋强国战略部署中具有特殊而重要的地位，推进中医药深度融入海洋战略规划，提升中医药的参与质量和水平，是海洋强国建设与中医药发展中不可忽视的一环。

开展海药资源调查发掘

海洋被誉为“蓝色药库”，药用资源丰富。海洋中药资源是中医药的重要组成部分，应用历史悠久，品种类别丰富，开发前景巨大。我国是较早应用海洋药物的国家，早在《神农本草经》中就记载海洋中药 13 种，明代《本草纲目》记载海洋中药达百余种，《中华海洋本草》收录海洋药物 613 味，药用生物及具有潜在开发价值的药用物

种 1479 种。开展海药资源调查研究是有效开发和保护海洋中药生物资源的基础和关键。开展海药资源调查，尽快厘清我国海药资源大致分布和类别，是海洋中药资源保护和可持续利用首要内容。

推动海药生态环境保护

生态环境的破坏，往往带来生物多样性的削弱。重视中医药的生态优势，促进中医药生态资源的合理开发与利用，凸显中医药在海洋生态保护中的作用。建立规范化海洋中药繁育、栽培基地和资源保护区，完善海洋中药资源的保护制度与措施，制定相关的中药生态资源保护体系，是践行海药生态保护的原则要求。遵循可持续发展原则，根据药用资源生长繁殖周期和种群数量，因地、因时、因“药”制宜，避免陷入“越贵越采，越采越少，越少越贵”的恶性循环，遏制海洋资源生态平衡破坏。

加速海洋中药研究开发

《2020 年中国海洋经济统计公报》报道：“海洋生物医药业海洋生物医药研发力度不断加大，产业增势稳健，原料药延续较快发展态势。全年实现增加值 451 亿元，比上年增长 8.0%。”加速海洋中药研究开发，实现部分海洋中药研究从有到优的突破，是当下海洋中药资源开发利用需要开展的工作。基于现代药学研究技术和方法，遵循中医药传统药用思维，加大海洋中医药研发力度，是构建海洋中药产业的前提条件，也是坚持科技用海的具体措施。《福建省“十四五”海洋强省建设专项规划》明确指出：“着力开发海洋靶点药物、医学

组织工程材料、体外诊断试剂、医用敷料、生化分离介质、现代化海洋中药等医药产品。”现代化海洋中药是海洋领域中医药学研究的重要方向，具有十分远大的前景。海洋中药新药研发，目前尚处于亟待开垦的阶段，加大海洋中药新药研究力度，开展重点攻关十分必要，《海南省海洋经济发展“十四五”规划(2021—2025年)》明确指出：“深入推进海陆结合、中西医融合特效、高效的海洋中医药药方药剂产品开发。”将海洋中医药药方药剂产品开发提升到重要高度，而《青岛市“十四五”海洋经济发展规划》中也指出：“支持一批海洋生物医药研发机构围绕海洋小分子药物、海洋糖类药物、海洋中药等新产品开展重点攻关。”

打造海洋中药产业集群

推动海洋产业发展，提高海洋经济效益是中医药在海洋战略建设中的一大出彩点。优化海洋中药产业结构，推动海洋中医药经济由粗放型、原料型、个体化向质量型、科技型、集约型转变，形成架构完整、科技创新、特色鲜明、集聚效应显著的中医药产业集聚区。《广东省海洋经济发展“十四五”规划》指出“推动珠海国际健康港和粤澳合作中医药科技产业园”，将中医药科技和产业融入到区域海洋经济发展中。《河北省海洋经济发展“十四五”规划》中也将现代中药及医药关联行业(包括药包材、医疗器械、保健食品)的产业生态系统作为重点发展内容。打造海洋中药产业集群，是中医药在海洋领域经济价值、科技价值、资源价值的体现。

发展中医健康旅游产业

与资源、科技产业不同，“中医+旅游”中医药健康旅游作为中医药健康服务业与旅游业“跨界”融合的新业态，是一项新兴产业。凭借着深厚的文化底蕴、新颖的健康理念和生动的体验方式，中医药旅游成为带动区域经济的新激发点。中医药的海洋旅游资源十分丰富，且开发前景巨大，《海南省海洋经济发展“十四五”规划（2021—2025年）》就指出：“发挥海南特色中医药与旅游康养产业融合发展优势。”将中医药与海南旅游产业融合，丰富了当地旅游业的体验形式。2017年国家旅游局、国家中医药管理局公布的首批国家中医药健康旅游示范区创建单位上海浦东国家中医药健康旅游示范区、山东日照国家中医药健康旅游示范区等均为沿海城市，“中医+旅游”对于促进当地旅游业发展，实现经济效益起到了重要作用。

[返回目录](#)

· 医保快讯 ·

医保改革全面推进：影响6大类药企

来源：新康界

本篇将从医药行业以及相关利益者角度，探究DRG/DIP实施，对医药行业以及医保、患者等相关利益各方的影响如何。

进行DRG/DIP影响分析，首先要明确的是它的底层逻辑或者说是核心思想，即利用卫生经济学原理进行最优性价比衡量，以经济杠杆

驱动规范临床诊疗的行为，用最合理的成本让更多的人能够看得起病。

01 对医药行业的影响

广义的医药行业可分为医药工业、医药流通、医疗服务行业三大组成部分。DRG 对医药行业的影响，可以从这三部分来分析：

(一) 医药工业

医药工业位于产业链的上游，可分为七种子行业，包括化学原料药、化学制剂、中药饮片、中成药、生物制剂、卫生材料、医疗器械。本文着重讨论对创新药、中成药和中药注射剂、仿制药、医疗器械等领域的影响。

1. 创新药

纳入 DRG 疾病范围的通常是发病率较高的常见病、多发病，以及一些重大疾病，这促使医疗机构和医生倾向使用性价比高的市场成熟产品，医生可能会主动或被动放弃一些创新药的使用，特别是面对医保用户，所以说对多数的创新药来讲实施 DRG 是利空。

2. 中成药和中药注射剂

众所周知，中药和中药注射剂具有起效慢、疗效不确切、价格相对较贵且多数为辅助用药等特点，而 DRG 临床分组对不同住院天数，诊断结果的患者应该服用什么药物，服用药物的量有比较严格规定，所以中药和中药注射剂在临床使用上很难符合 DRG 的要求。

3. 仿制药

DRG 标准化规范临床操作下,会释放一部分原先辅助用药的份额,这对于仿制药来讲是有利的,同时医院为了控制成本,也将会偏向于使用已通过一致性评价的低价仿制药;但受 VBP 政策影响,相关资料显示,前三批国家组织药品集采 112 个药品,平均药价降幅为 54%,在仿制药普遍单价下降的情况下,即使销售量增加,但总体销售额可能并不会上升。

4. 医疗器械

DRG 可能会导致诊断受限,增加医院更新诊断设备的成本风险,进而使医院不愿意更新诊断设备,从而可能选择将一些诊断委托给第三方实验室进行,医疗器械企业院内销售将会受挫。

(二) 医药流通

从医药流通业来看,会促进零售、互联网医院、院外市场等新兴渠道的发展。院外市场发展迎来新机遇,医院为了控制医疗账单,会可能逐渐倾向于更多处方外流至院外药房,以减少院内的医疗账单,同时医院将缩短大批患者平均住院日,但患者出院后还需要用药,通过网上复诊处方,药师审核,物流配送,患者康复或慢病用药需求将转移至院外,互联网医院、DTP 药房等新型渠道形式将承接院内的慢病患者的处方,以减少院内医疗账单的压力;

DRG 标准化临床路径可能会扼杀个性化治疗,而个性化治疗使用的药品如创新药、辅助用药、营养药和有治疗价值的高价产品往往在院外市场布局,这部分患者需求将被引流到自费药房或 DTP, DRG 后

这些院外销售的产品将大力开拓院外销售体系。

(三) 医药服务业

作为 DRG/DIP 付费制度改革的政策落地者，“按项目付费”到“按病种付费”的变革，将给医院的经营与发展带来重大影响。

从医疗机构的管理模式来看，DRG 考虑的是在医院能达到成本少于支付金额前提下对住院服务质量更高的要求，医院管理重点将由原先粗放式经营，关注收入增长，转向降低成本，推动临床管理标准化、规范化，加强运营管理，实现降本增效。

从医院财务管理的角度来看，之前的“按项目付费”方式下，医院大多采取扩张型战略模式，如今在 DRG/DIP 支付方式下，超过医保支付标准的部分，将由医院承担，医院只有加强医疗成本控制，拉开成本和收入之间的差距，才能获得更多结余。这是对医院信息化和数据能力的高要求，无论 DRG 还是 DIP，其本质上都是大数据应用工具，医院信息化的建设和改造是落实 DRG/DIP 的前提条件。

DRG 的实施，尤其对社会办(民营医院)医疗机构是利好消息，在 DRG 付费方式下同级医院同病同价，在市场环境下给予社会办(民营医院)医疗机构公平发展的机会。

02 利益相关者影响分析

从相关利益者角度，涉及对医保、医疗机构、药企、患者等相关利益各方的影响(对医疗机构与药企的影响见上文，这里不做赘述)。

(一) 对医保的影响

缓解医保资金压力。从国外实施经验来看，对支付方来说，DRG 的实施能一定程度缓解医保资金压力，控制医疗费用的增长，同时按病种付费方便支付方与医院之间的医保结算，大大提高结算效率。DRG 可以产生系统的疾病数据，可提高医保监管的管理效率。

(二) 对患者的影响

减少费用，提升医疗质量。对患者来说，DRG 的实施在减少看病费用的同时，还能促使医疗机构提升医疗质量，医院和医生以最优、最省的资源把病看好，同时被社会所诟病的“大处方”、“泛检查”等问题将会被遏制；一定程度解决“看病难”问题。DRG 促使医院优化诊疗方案，缩短病人住院时间，从而增加了接收病人能力，使更多的患者可以享受到优质医疗资源；在严格遵循临床路径下的优化诊疗方案，又进一步提升了患者疾病治疗的获得感。

[返回目录](#)

发挥医保支付“杠杆”作用 推进分级诊疗

来源：中国医疗保险

分级诊疗是指不同级别和类型的医疗机构根据疾病的轻重缓急提供与其功能相适应的不同难易程度和专业化程度的疾病诊治服务，它是医疗服务体系中各级各类医疗机构有序、协同提供服务的结果。建立分级诊疗制度，是合理配置医疗资源、促进基本医疗卫生服务均等化的重要举措，是深化医药卫生体制改革、建立中国特色基本医疗卫生制度的重要内容，对于促进医药卫生事业长远健康发展、提高人

民健康水平、保障和改善民生具有重要意义。经过“十三五”时期的建设和发展，我国的分级诊疗取得了一定的成效，但是也依旧存在需要解决的问题：理应以诊治疑难危急重症为主的三级医院“人满为患”，“看病难”与相当比例的轻症病患并存，而基层卫生机构却“门可罗雀”。这与分级诊疗制度建设的目标相悖。

问题的产生与患者的就医理念与习惯、基层服务能力不强等因素有关，更与各级医疗机构运行机制不完善密切相关。在做大规模、服务量和收入的运行模式下，高层级医院提供大量的普通门诊及普通住院服务，甚至与低层级医院、基层卫生机构“竞争”患者；基层卫生机构运行机制僵化、缺乏多提供服务的积极性，甚至推诿患者。高层级医院与基层卫生机构的激励机制不同向，成为推进分级诊疗的最大挑战之一。

目前，很多地区正在推进以医联体为载体的分级诊疗制度建设。但是，若不改变公立医院与基层卫生机构现有的运行机制、建立上下联动的协同机制，试图通过建立医联体，尤其是紧密型医联体推进分级诊疗，不仅不利于形成同向激励，反而有助于公立医院“占地盘”，更进一步扩大规模、做大服务量。因此，要推进分级诊疗，应充分发挥医保支付的“杠杆”作用，建立起各方联动机制。

一是推进医保支付方式改革，建立控成本的激励机制。

公立医院实施以 DRG/DIP 付费为核心的医保预付制，改变做大服务量、做大收入获利的运行模式，建立起控成本的激励机制，促使医

疗服务提供方在保质量的前提下主动控制成本，为参保人提供改善健康最适宜的服务。在支付标准的制定上，应激励三级医院提供更多疑难重症病组服务。

二是通过医保支付建立联动机制，推动医疗服务提供方的有机“整合”。

推进医保按人头付费，由医联(共)体龙头医院统筹管理医保资金，结余可由医联(共)体成员单位按比例分配，建立起不同层级医疗机构的同向激励，同时建立起居民越健康、医疗机构患者越少、机构收入越多、医生薪酬也越高的机制，并形成医疗服务和公共卫生服务的同向激励。

三是同步配套推进基层医疗卫生机构运行机制改革。

按照“允许医疗机构突破现行事业单位工资调控水平”“允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励”的原则放权基层，并加快推进基层收入分配改革。建议取消基层医疗卫生机构的工资总额限制，或以基层工资总额为基础，因基本医疗和公共卫生服务量、签约服务增加而产生的业务收入可用于分配，且不计入工资总额。目的是通过建立多劳多得、优劳优酬的激励机制，调动基层医务人员提供服务的积极性。

总之，应发挥医保支付的“杠杆”作用，让各级医疗卫生机构形成联动，有序、协同发展，进而推动分级诊疗制度健康发展。

[返回目录](#)

· 地市精彩 ·

浙江：公立医院高质量发展有新要求，数字化改革如何驱动耗材精细

来源：浙江省政府办公厅

日前，浙江省政府办公厅发布《浙江省推动公立医院高质量发展实施方案》方案中明确“运行模式从粗放管理转向精细化管理”、“做好合理用药、医用耗材、医疗核心数据监测”，对公立医院耗材管理模式提出了新的要求。

作为驱动公立医院高质量发展的重要手段，“数字化改革”为传统的医院耗材管理模式赋予新的动能，浙江大学医学院附属第一医院正是充分利用数字化手段，创新实践医用耗材 SPD 管理模式，实现了医用耗材全程可追溯的智慧管理。

医院物资全面“精细化管理”时代，数字化改革驱动耗材管理模式再升级

2019 年，浙江大学医学院附属第一医院针对医院物资管理引进 SPD 模式，作为“未来医院”的代表，浙大一院在此前的 SPD 模式上进行了“智慧更新”，充分结合物联网、机器人、人工智能、大数据、图像识别等最新科技手段，打造了全新的“IF-SPD”模式。

通过应用最新科技手段，浙大一院所实践的 IF-SPD 模式将医院物资管理全面由“精细化”提升至“智慧化”。“IF-SPD”模式是基于“全面条码管理、智能补货模型、拣货推动策略”管理方法，不仅在软件上增加了管理模块、完善配置和增加权限，助力多院区联动；

在硬件配置上，引入智能柜、手术室物流机器人、轨道物流、指纹权限存储柜、科室耗材消耗一体设备等新型智能设备；同时医院服务流程上更加完善，引入专门做物资管理的公司，为医院节省了人力物力。

破解手术室耗材管理难题，打造无人值守耗材管理模式

手术室是体现医院外科水平的核心部门，也是医用物资耗材消耗较多的科室。利用信息化手段优化医用高值耗材的管理流通，对提升医院管理水平，保障医疗安全都有重要意义，但手术室物资管理有较大的难度。

从流程上来看，手术物资的保障涉及环节较多：从医生材料申请、库房采购、备货入库、高值耗材一物一码入库，到跟台物资消毒供应室流转、手术室二级库接收、手术室二级库出库、术间三级库消耗，再到术后置入单制作、结算等业务流程。

在传统的管理模式中会产生耗材丢失、错登等现象，导致库存积压、短缺过期以及物资费用漏收、错收等情况，耗材的使用信息与库存信息的实时性也难以确保，这已成为医院手术室库房精细化管理的重点和难点。

通过 IF-SPD 模式的建设，浙大一院目前的手术室流程完成全面革新，该院手术所需要的材料已经不需要走记忆里的“人工通道”，手术室按照作业流程设置医用耗材接收区、智能墙区、套包区等；与此同时，标准套包、手术材料包、物流机器人、指环扫描器、电子看板等管理手段与智能设备的应用，实现了手术室整体信息化水平的提

升、空间利用率增高、库管和巡回护士工作时长减少、手术翻台率大幅提升等效果。

医院物资管理提质增效，SPD 多种创新手段“齐上场”

对于 SPD 模式有所了解的人可能知道，在 SPD 的整体建设中包含“中心库”与“科室库”，但在浙大一院总部一期，并没有传统意义上的“科室库”，而是应用了双面开门的智能墙。也无需医院人员进行管理，当耗材需要补充的时候，就有专门的 SPD 服务人员从外侧进行补货，临床医护从内侧取用。更重要的是，智能墙采用 RFID 识别技术，医护人员只需将耗材取出，智能墙即可自动盘点，无需进行登记、扫码等工作，大大释放了医护工作时间。

同时，浙大一院应用智能柜对耗材进行管理，建设区域覆盖 SPD 服务中心、临床科室库、麻醉科库房、手术室库房、门诊室库房、导管室仓库，管理对象包含高值耗材、低值耗材、检验试剂等。智能柜中的设备情况可直接通过中心库数据看板了解得一清二楚，如果使用完毕，会由中心库自动补货，无需人工操作。浙大一院医护曾表示：“简直比在自助饮料机上买饮料还方便”。

在数字化改革的驱动下，浙大一院创新实践的“IF-SPD”模式使得医院物资管理在业务流程驱动的基础上，加强数据驱动，实现院内信息互联互通，耗材全程可追溯、可管控，为医院精细化管理提供“智慧支撑”，不仅有效降低和控制医疗费用，还把医护人员从程序化的工作中释放出来，专注于为患者提供医疗服务。

上海、成都、南通长期照护试点调查与思考

来源：社科院

2018年9月间，我们参加中国经济社会理事会的调研组到上海、成都、南通三市，就长期照护，尤其是长期照护保险问题进行了调研。此次调研活动，我们通过与政府有关部门的座谈，以及到长期照护的保险经办机构、老年照护机构、社区服务机构以及失能老人家庭进行探访。在与各有关方面的沟通交流中，获得了丰富的感性认识、书面资料和统计数据。对在当前形势下建立长期照护保障制度的必要性和可行性，有了更进一步的认识。

进入21世纪以来，随着世界人口老龄化的快速发展，针对老年人的社会保障体系形成了新的国际共识。从外延上看，老年人的社会保障体系应该包括三个方面，即养老保障、医疗保障和长期照护保障。在这个体系中，我们熟知的养老保障解决的是老年人的经济来源问题，医疗保障解决的是老年人疾病治疗的问题，而我们相对陌生的长期照护保障则是专门针对失能老人的“照护依赖”而创立的一项新制度，同时包括服务保障和资金保障两个方面。

在现实生活中，失能老人可能是离“美好生活”距离最远的社会群体之一。尤其是严重或完全失能的老人，如果没有他人帮助，连吃饭、穿衣、如厕等日常生活最基本、最平常的需要，都没有办法实现。世界卫生组织为此提出了“照护依赖”的概念，即“频繁的需要

他人的帮助和照护，超出了健康成人的正常需求。”在汉语语境中，“依赖”一词常被看成是贬义词。但在这里，“照护依赖”描述的是人的某种生活状态或生存状态，所以是个中性词，本身并无褒贬之意。

2016年，在中共中央政治局有关人口老龄化的形势和对策的集体学习会上，习近平有针对性地提出，要“建立相关保险和福利及救助相衔接的长期照护保障制度”。根据习近平的讲话精神，人社部选择了15个试点城市，开展长期护理保险试点；民政部则接连三年选择了三批90个市（区），进行“居家和社区养老服务改革试点”。此次调研选择的上海市、成都市和南通市，既是人社部（医保局）的试点城市，也是民政部的试点城市。在试点中，严重或完全失能的老人，被列为长期照护保障制度的首选对象，并从服务提供和资金支持两个方面给予了切实的保障。

通过此次调研活动，我们从上海、成都、南通三市的试点探索中学到了很多有益的经验。调研结束后，我们又经过数月的研读和消化，对调研成果作了更加深入的研究和分析。

一. 上海、成都、南通社会经济发展的基本情况

在调查中，上海、成都、南通三市的相关政府部门为我们提供了很多与人口老龄化和老年服务、长期照护相关的书面资料和统计数据。在撰写本报告时，我们再次结合三个城市统计部门官网上提供的资料和数据进行了梳理和分析，具体报告如下：

1. 三个城市的城市地位和经济水平

上海、成都、南通三市都在中国南方，其中上海市是直辖市，超大城市(市区常住人口 2115 万人)；成都是省会城市，特大城市(市区常住人口 527 万人)，；南通是地级市，大城市(市区常住人口 162 万人)。从地理位置看，上海和南通位于华东地区，在长江三角洲上；成都则地处西南，在四川盆地的成都平原上。

就经济发展水平而言，三个城市都比较富裕，上海市的人均 GDP 为 12.7 万元，全体居民人均可支配收入为 58988 元；成都市的人均 GDP 为 8.7 万元，全体居民人均可支配收入为 33217 元；南通市的人均 GDP 为 10.6 万元，全体居民人均可支配收入为 33011 元。

2. 三个城市的人口结构和老龄化程度

2017 年，上海市全市常住人口总数为 2419.3 万人。其中，户籍常住人口 1445.7 万人，外来常住人口 972.7 万人；城镇常住人口 120.88 万人，乡村常住人口 297.45 万人。全市 60 岁及以上老年户籍人口为 483.6 万人，占总人口的 33.2%；80 岁及以上高龄老年人口为 80.58 万人，占总人口的 5.5%。全市户籍人口平均期望寿命达到 83.37 岁。户籍常住人口自然增长率为-0.6%。

2017 年，成都市全市常住人口为 1604.5 万人，其中，户籍常住人口 1435.3 万人，外来常住人口 169.2 万人；城镇常住人口 851.2 万人，乡村常住人口 584.1 万人。全市 60 岁及以上老年户籍人口为 304.0 万人，占总人口的 21.2%；80 岁及以上高龄老年人口为 42.35 万人，占总人口的 2.95%。全市户籍人口平均期望寿命达到 79.33 岁。户籍

常住人口自然增长率-2.9%。

2017年，南通市全市常住人口为730.5万人，其中，户籍常住人口764.5万人，外出常住人口34.0万人；城镇常住人口482.4万人，乡村常住人口248.1万人。全市60岁及以上人口为223.7万人，占总人口的29.3%；80岁及以上高龄老年人口超过35万人，占总人口的4.58%以上。全市户籍人口平均期望寿命达到81.86岁。户籍常住人口自然增长率-2.7%。

3. 对三个城市的社会经济背景的基本判断

从上述统计数据中，我们可以作出与人口老龄化和老年服务、长期照护相关的五个重要的判断：(1)三个城市地处南方，就人文背景而言，其政策设计更体现出南方人的有条不紊和细致入微。(2)三个城市的老龄化程度都相当高。上海市是全国第一，成都市为四川省第一，南通市则为江苏省第一，正凸显出建立长期照护保障制度的迫切性。(3)三个城市人口的平均预期寿命超高，远超全国平均水平，但人口自然增长率却超低，均属负增长，以此可解释三市老龄化程度高的原因。(4)三个城市的人口结构还都受到人口机械变动的较大影响，上海、成都属于人口净流入；而南通则属人口净流出。(5)三个城市经济状况都较富裕，居民生活水平较高，这对目前主要由地方政府出资的长期照护试点是个有利条件。

二. 上海、成都、南通长期照护试点的基本情况

在调查中，我们比较细致地了解了上海、成都、南通三市长期照

护保障制度的政策框架和进展情况：

1. 三个城市长期照护试点的法律依据

三个城市在被人社部确定为全国试点城市前后，都从地方党委和政府取得了试点探索的授权。基本做法是通过调查研究制定试点办法或方案，由市委或市政府常委会审议通过。实际操作则从部分人群或地区着手，继而再考虑推向全面。

南通市在三个城市中开展试点的时间最早，从 2014 年就开始组织人社、财政、民政、卫计等部门共同研究，制定了《南通市基本照护保险办法(试行)》，2015 年 9 月由市政府常务会议讨论通过并于 2016 年 1 月正式实施。在试点过程中，南通市的策略是先在市區试点，再向下辖的县(市、开发区)推开；先把重度失能人员纳入保障范围，然后再逐步扩展到认知障碍人员和中度失能人员。

成都市人社局于 2016 年联合四川大学、西南财经政法大学进行调研，制定了《成都市长期照护保险制度试点方案》，经市政府常务会议审议通过并于 2017 年 7 月 1 日正式启动。制度的适用范围首先是成都市市级城镇职工医保的参保人员，对重度失能失智人员都给予保障。

上海市也是从 2015 年就开始进行长期护理保险政策框架的研究。2016 年被确定为试点城市后，即制定了《上海市长期护理保险试点办法》。经市委常委审议通过后，2017 年 1 月 1 日先在徐汇等三个区试点。取得经验后，2018 年 1 月向全市推开。上海市财力丰

厚，准备充分，一推开就全面惠及城乡医保参保人中的所有失能失智人员。

2. 三个城市长期照护保障的政策对象

三个城市都将严重或重度失能人员列为长期照护保障的目标群体，保障对象的筛选都采用了基于日常生活行动能力测评的评估方法。

上海市明确规定保障对象是 60 岁及以上的老年人。在评估方法上，对原由民政、卫生、医保等部门分别设计的三套评估标准进行了整合，形成了“上海市老年护理需求评估统一标准”。评估标准共分六级，被评为二级至六级的老年参保人员可以享受保障待遇。目前在上海市 60 岁及以上共 483.6 万老年人中，有 12.1 万失能老人获得了相应的待遇，占上海市老年人总数 2.50%

成都市的保障对象不限于老年人，扩大所有城镇职工医保参保人。他们通过国际、国内比较，创建了“身体—精神/认知—沟通/社交”失能综合评定量表。被评估者若被评为重度失能，再分一、二、三级享受不同水平的待遇。目前成都市有 1.6 万的重度失能人员享受了待遇，其中 60 岁以上的约占 95%。但因为保障对象目前仅限于市级城镇职工医保参保人(即不包括“省本级”的参保者)，因此以全市 60 岁及以上老年人 299.5 万人计算，享受相应待遇的仅占 0.51%。

南通市的保障对象也不限于老年人，而是放开到所有城镇职工医保和城乡居民医保参保人。评估方法主要采用日常生活行动力量

表,得分在 50 分以下者即为中度失能和重度失能。目前南通市有 6100 位中度和重度失能人员被纳入保障范围,其中 60 岁及以上的老年人约占 91%。因为保障对象目前仅限于市区医保参保人,因此按全市 60 岁及以上老年人 219.0 万人计算,享受待遇的仅占 0.25%。

3. 三个城市长期照护保险的筹资方式

三个城市长期照护保险试点都由医疗保险管理部门进行管理,长期照护保险主要的资金来源也是医疗保险基金。

上海市将长期护理保险的参保人员分为两类:一是参加本市职工医保的人员,按用人单位缴费基数 1%的比例,从职工医保基金中调剂资金;二是参加本市城乡居民医保的 60 周岁及以上的人员,根据参保人数,按照略低于第一类人员的人均筹资水平,从居民医保基金中调剂资金(2018 年标准人均 1500 元)。2018 年长期护理保险基金总共筹资 99 亿元。

成都市目前仅将城镇职工医保参保人员纳入参保范围,以个人、单位和财政责任共担的方式筹资:一是以城镇职工医保缴费基数,单位缴费部分按 0.2%的费率从统筹基金中划拨;二是个人缴费部分,40 岁及以下的费率为 0.1%,41 岁至法定退休年龄以前的费率为 0.2%,已经退休的费率为 0.3%,从医保个人账户中划拨;三是财政补贴,根据医保退休参保人数,按个人缴费基数的 0.1%进行补助。2018 年长期照护保险基金总共筹资 12 亿元。

南通市的基金筹措标准,目前为每人每年 100 元,其中个人缴纳

30 元，医保统筹基金出资 30 元、政府补助 40 元。个人缴纳分为两类：职工医保参保人员从个人账户中划转；居民医保参保人员随每年缴费一并缴纳。医保统筹基金出资部分，每年按职工医保和居民医保参保人数，从两类医保基金中分别划拨。财政补助部分，由市财政每年一次性划入。2018 年的筹资金额约为 1.2 亿元。

4. 三个城市长期照护保险的待遇给付

三个城市长期照护保险的给付主要用于支付长期照护的服务费用，包括居家服务和机构服务。在支付方式上，三个的城市做法各有千秋。

上海市的制度安排，对居家服务和机构服务是有差别的：居家服务，评估等级二级和三级，每周不超过 3 个小时；四级不超过 5 个小时；五级和六级，每周不超过 7 小时。在有效期内发生的服务费用，由保险基金支付 90%。机构服务，评估等级二至六级都可以享受，待遇水平按照相关规定执行。在有效期内发生的服务费用，按规定由保险基金支付 85%。根据上海市提供的数据估算，在总费用中，用于居家服务的和用于机构服务的比例是 3：2。

成都市的制度安排，评估筛选出的重度失能人员又被分为三个级别：重度失能三级，机构照护和居家照护的待遇分别为每月 1676 元和 1796 元；二级为 1341 元和 1437 元；一级为 1006 元和 1077 元。对目前支出的费用总额分析，用于居家服务的占 82%，用于机构服务占 18%。同样是居家服务。成都市给我们印象深刻的政策是鼓励非正式

照护者(家人、亲友、邻居等)为失能老人提供服务,服务费用直接支付给照护者。同时,保险经办人员对服务进行严格监督和评估,确保服务的质量。

南通市的制度的特点,一是将照护床位分为“医疗机构床位”和“定点照护机构床位”两类。按最新标准,重度失能人员,享受医疗机构待遇的每人每天 70 元,享受定点照护机构待遇的为 50 元;中度失能人员则不分机构类别一律 30 元。二是接受上门照护服务的,每人每月最高限额 1200 元。对支出费用总额作分析,用于居家服务的和用于机构服务的各占 50%。

5. 三个城市长期照护服务的提供方式

为满足不同老人的不同需求,需要有不同类型的长期照护服务,这些服务分门别类地由相应的服务提供者来提供。

关于机构服务,我们在上海探访了一家综合性照护机构。在其经营的老年公寓中于不同楼层分设中度失能、重度失能、认知障碍和活力老人的养护区,收费属于中档。同时,这家机构还管理着若干社区为老服务中心和长者照护中心,并为居家老人提供上门服务,真是面面俱到。在南通市我们探访了两家护理院,在成都市探访了医院办的老年养护区,这些机构的内部设施和管理方式,都与医院相仿,收费属于中高档。在成都市探访的一家民办老人院,几位投资管理者很有情怀,15 年前在农村租用土地建起了一座生态环境优良的老人院,且收费低廉。

关于社区居家服务，在上海探访了两家社区嵌入式“块块型”街道为老服务中心，中心设有老年活动场所、食堂、日间照料中心和长者照护中心，还有专门为认知障碍老人设立的照护专区，这种模式看来是上海市统一规划部署的。在成都也参访了一家类似的社区机构，但似乎人气不高。其中的差别，可能在于是否有专业运营团队。在南通市参访了两家“条条型”的专业服务机构，一家在市里各处布点，专门上门提供照护服务；另一家专营老年辅具租赁并供应照护易耗品。

我们注意到，三个城市都非常重视长期照护的“服务包”：上海市出台《关于本市推行“养老服务包”工作实施方案》，其中提及：“养老服务包主要是指面向各年龄段、各类经济状况和身体状况的老年人，通过对辖区内各类养老服务设施和项目以及其他为老服务资源，进行分类梳理、整合链接，形成体系完整、内容清晰的服务清单和服务指引，让老年人可知、可选、可用、可及，做到‘一包在手、养老无忧’”。成都市的服务包对机构服务和居家服务都适用，包括生活照料、风险防范、护理照护、功能维护四大类共 31 项，其中生活照料的 11 项属必选，其他 20 项则可选择。南通市的服务包主要用于居家照护服务，有两个“套餐”，A1 套餐包括 10 项，A2 套餐包括 12 项，两个套餐中有 9 项雷同。

6. 三个城市长期照护保险的经办模式

长期照护保险的经办管理是非常专业的业务，三个城市的政策选

择和制度安排不尽相同。

上海市长期护理保险的经办机构是市医疗保险事业管理中心和各区医疗保险事务中心。市医保中心负责费用结算和拨付、相关信息系统建立和维护等管理工作。区医保中心负责辖区内的具体经办业务。

成都市依托政府的社会保险经办机构进行经办管理，包括基金征收、拨付、待遇审核和日常管理，等等。与此同时，政府的经办机构又将协议管理、费用审核、结算支付、服务管理等部分经办管理业务，通过购买服务方式委托给保险公司。具体而言，是将全市划分为 5 个承办片区，由中标的 5 家保险公司分别负责经办服务。目前，接受委托的国寿、泰康等保险公司在全市一共设置了 22 个经办点，配备工作人员 433 人。

南通市的制度安排是：由市医疗保险经办机构具体承办资金筹集、支付、结算等经办管理工作。同时，也将受理评定、费用审核、结算支付、稽核调查、信息系统建设与维护等经办业务，通过政府招标委托保险公司参与经办。具体而言，太平、国寿等保险公司中标并与政府签订了合作协议，并统一组建了长期照护保险服务中心，配备了 19 个工作人员，统一办公，分若干小组处理各种经办事务。

7. 三个城市长期照护试点的特点及差异

从以上对三个城市长期照护保障试点情况和制度安排的描述，我们可以归纳出三个城市各自的特点，还可以比较其异同。

从三个城市试点情况和制度安排看，其相同之处包括以下 6 点：

(1) 三市在被人社部确定为试点城市前后，都通过地方性的行政法规为试点确立了法律依据。(2) 三市长期照护保险试点主要的政策目标是解决人口老龄化背景下老年人的失能问题，政策对象主要是 60 岁及以上的严重或重度失能的老年人。(3) 三市长期照护保险试点的管理部门是医疗保险管理部门，经费主要来源于医疗保险基金。(4) 三市长期照护服务都包括机构服务、社区服务和居家服务三个层面，并且都非常重视“服务包”的设置；(5) 三市长期照护保险的经费支出主要是为了覆盖一部分服务费用，包括机构服务和居家服务，但对于居家服务和机构服务的支付标准都更偏向于前者。(6) 三市长期照护服务经办管理都由原医保经办机构负责。

然而，三个城市又各有各的市情，因此试点的政策思路和制度安排也会表现出有差别的一面：(1) 三市在试点中对这项制度的命名是有差别的，上海称为“护理”，成都和南通都称为“照护”。(2) 三市在试点中对于政策对象年龄的规定有差别，上海明确规定为 60 岁及以上的老年人，成都扩大到成年人，南通甚至将未成年人也包括在内。(3) 三市试点的筹资方式有较大的差别，上海实际上是通过调整医疗保险缴费来解决资金来源问题。成都和南通则采用单位缴费、个人缴费和财政补贴相结合的模式，但单位缴费和个人缴费其实来自医保基金。(4) 三市试点的保险给付待遇也有较大的不同，各自有各自的评估方法和待遇标准。同时对于居家、社区和机构在服务选择和支

付标准上的偏好差异较大，成都最偏重居家，上海强调社区，南通较为平衡。(5) 三市试点中对于非正式照护者的认识与支持差异较大，成都将其作为重点并将保险待遇直接给付到照护者，并设置了一套有效的监督管理模式；上海则对非正式照护者的作用存有疑虑。(6) 三市试点中经办管理各有特点，上海基本上是以行政区划为框架设立一套行政管理体系，成都和南通则将部分经办事务委托给保险公司。但委托方式不同，前者是各中标保险公司分片包干；后者是各中标保险公司出人出资联合建立服务中心来承办。

三. 关于建立长期照护保障制度的思考和建议

在整个调研活动中，以及调研结束后整理数据资料的过程中，我们根据所掌握的相关理论知识和国际经验，一直在对如何在中国建立长期照护保障制度进行深入的思考。既然现在还是试点，那么各地在政策设计和制度安排上表现出差异性是可以理解的。但是，迄今为止，试点也已过去两年半，对有些有争议的问题逐步进行厘清恐怕也有必要。为此，我们不揣冒昧，尝试在报告的这一部分，对以上提及的差异乃至争议发表一些我们的看法：

1. 关于长期照护制度名称及发展方向的讨论

在前文中，我们曾提出：三个城市对于这项制度的命名是不一致的。上海称之为“长期护理”，成都和南通则称之为“长期照护”。在本报告之前的行文中，我们对两个名称的使用实际上是有倾向的。除非迫不得已，尽量不用“长期护理”一词。这也就意味着，我们认

为将这项制度命名为“长期照护”才名正言顺。

“长期照护”一词，译自英语复合名词“Long-termCare”。早在2000年，世界卫生组织曾经发布一个重要文献《建立老年人长期照顾政策的国际共识》（以下简称《国际共识》），在这个文献的中文版中，将“Long-termCare”译成“长期照顾”，可见这个词从来都与“长期护理”无缘。2016年，世界卫生组织又有两个重要文献问世，其一是《关于老龄化与健康的全球报告》（以下简称《全球报告》），其二是《中国老龄化与健康国家评估报告》（以下简称《中国报告》），在这两个文献的中文版中，已将“Long-termCare”改译成“长期照护”。

那么，为什么这项制度在中国会被称作“长期护理”呢？回溯这项制度简短的发展历程可以发现，其原因可能是因为最早开展试点的一些城市，改革的初衷大多瞄准了“社会压床”，也就是说，试图把这一部分医院的临床护理转变为“家庭病床”进行居家护理。后来，人社部在颁布文件时也采用了“护理”一词。当然，这个政策思路也是可以理解的。譬如，在《OECD 国家长期护理保险制度研究》一书中就提到，日本建立此类制度的原因之一就是“社会性住院”。然而日本并没有陷入简单的线性思维和路径依赖，很快就把政策目标转向更容易被忽视但也更迫切需要的对照护依赖者的生活援助。

因此，在本报告的开头部分，我们就谈到世界卫生组织提出的“照护依赖”的概念，并且强调，这正是长期照护保障制度所应该瞄准的

政策目标。但是，一些地方的“经验”却走向了另一个方向，他们从解决“社会压床”入手，用新的制度安排使“家庭病床”越过了人为的障碍，并倡导基层卫生服务中心送医上门……一系列在医改中长期没能得到解决的问题，在“长期护理”的旗帜下得到了解决。这本来是好事，但遗憾的是，在很长时间内，他们却又把“护理”当成了主要乃至唯一的目标，这使本来就容易被忽视的“照护依赖”问题更加摆不上议事日程了，甚至一度出现了试图把这项制度改名为“长期医疗护理”的动议。

在日本，这项制度被称为“介护”。“介护”的定义是：“一方面是指在日常生活中衣食住行等方面的帮助，另一方面也包括医疗、看护、康复训练等方面的援助。”但同时强调：实行介护就是要对生活自立有困难者进行就餐、入浴、排泄、睡眠等方面的生活援助，维护其人的尊严，唤醒其生活的欲望，使其生活更加愉快。并强调指出：说到底，这才是介护的真正目的。

这与《全球报告》中提法相吻合：“健康的老龄化并不仅仅是指没有疾病。对大多数老年人来说，维持功能发挥是最为重要的。”裴小梅、房莉杰进一步指出：“长期照护主要是为了提高生活质量而不是解决特定的医疗问题，用于满足基本需求而非特殊需求。”所以，日本的学者更是一针见血地指出：严格说来，日本的介护和中国的护理不太一样，护理更侧重于医疗方面对病人的照顾。

在《国际共识》中是这样定义长期照顾(照护)的：“长期照顾是

由非正式提供照顾者(家庭、朋友和/或邻居)和/或专业人员(卫生、社会和其他)开展的活动系统,以确保缺乏完全自理能力的人能根据个人的优先选择保持最高可能的生活质量,并享有最大可能的独立、自主、参与、个人充实和人类尊严。”

综上所述,以“长期照护”命名还是以“长期护理”命名,并不能简单地理解为仅仅是语义学上的争议,实际上涉及到对这项制度的本质的理解,而且必然会影响到这项制度的发展方向——是偏向医疗护理,还是偏向生活照护。《全球报告》中提出:“报告推荐的应对人口老龄化的社会学方法,包括建立关爱老年人的环境的目标,需要卫生体系从以疾病为基础的医疗模式向以老年人需求为核心的综合关怀模式转变”,何况,医疗服务已经有医疗保险制度做资金上的保障。习近平“建立相关保险和福利及救助相衔接的长期照护保障制度”的提法,显然与上述国际共识同步。在试点两年半后的今天,适时更名,可以说名正言顺。

2. 关于长期照护筹资手段及混合模式的讨论

在中国,长期照护保障的筹资模式被认为是用的是社会保险手段。人社部的试点虽然各地在以“照护”还是“护理”命名上并不一致,但试点的是一项新的社会保险制度,这在15个试点城市则是异口同声的。但是,目前在国内的政界和学界,对是否要以社会保险的方式来为长期照护筹资却是有争议的。常常听到的声音是:全世界只有少数几个国家用社会保险的方式为长期照护筹资。

从国际经验看，长期照护保障制度确实是随着世界人口老龄化的进程从 20 世纪后期才逐渐发展起来的，在 50 年代国际劳工组织提出的社会保障制度体系中，并没有提及长期照护。20 世纪后期，人口老龄化问题引起了联合国的特别关注，并于 1982 年召开老龄问题世界大会，通过了《老龄问题国际行动计划》。因此，2000 年面世的《国际共识》中着重强调：“永远需要对身体虚弱和/或有残疾的老年人的长期照护”。

对失能老人提供长期照护服务就必然会产生经济成本，所以要实施这项制度就需要有可持续的经费支持，就需要政府和社会专门进行资金筹措。那么，究竟用什么方式来进行筹资呢？就当今世界而言，对社会保障制度的价值判断自从新世纪以来发生了较大的变化，甚至在名称上出现了以社会保护 (Social Protection) 来取代社会保障 (Social Security) 的趋势。在最近出版的《世界社会保护报告 2017—2019》中，国际劳工组织提出：“社会保护制度通过包括缴费项目 (社会保险) 和非缴费的财税福利以及社会救助的混合型方式，来处理上述所有政策领域中的问题。”所谓上述所有政策领域，包括儿童和家庭津贴、生育保护、失业援助、工伤津贴、疾病津贴、健康保护、老年津贴、残疾津贴和遗属津贴。

在房莉杰和杨维的《长期照护筹资模式：OECD 国家的经验和中国三城市的实践》一文中，他们将 OECD 国家的长期照护筹资模式分成了六大类，包括三种基本模式：财税福利 (普惠) 型、社会保险 (普

惠)型、社会救助(差别)型,还有三种是以上三种基本模式的交叉混合:保险(普惠)+福利(普惠)型、保险(普惠)+救助(差别)型和福利(普惠)+救助(差别)型。

房莉杰和杨维主张中国应该用“混合模式”来进行筹资。但书中所说的“混合模式”是基于民政部与社保局的职责分工的——“医疗护理由普惠型的保险提供筹资,而生活照顾则以税收为筹资渠道,至少目前先以补缺型安全网的形式起步”——实际上,这就是目前长期照护保障经费支出的现状:医保局用社会保险的方式支持“需方”;民政部用财政补贴的方式支持“供方”,用社会救助的方式支持贫困群体。

我们也主张用混合型的方式来解决,但希望对目前不温不火的现状能有所突破,并能基本形成一个统一的制度,这也是在调查中呼声较高的意见。对此,我们的建议是:(1)明确用社会保险的手段来筹措资金,主要是考虑“财税福利”会引发争议,很难得到上层支持;“社会救助”保障对象范围小,且标准肯定偏低。社会保险既能适度普惠,又比较容易被全社会所接受。(2)要改变目前主要依靠医保基金的筹资方式,因为中国的医疗保险制度本身就很脆弱。(3)受到经济波动的影响,目前不宜采用教科书式的由三方(或两方)分担的社会保险模式;(4)采取“鸡尾酒式”的筹资手段,在已经征收上来的社会保障资金筹措。可以考虑参与筹资的除了医疗保险,还可以有养老保险(每年增长的部分)、住房公积金、彩票公益金、残疾人保障金,

等等。在长期照护保障制度取得了一定的进展和效果之后，还可考虑低标准的个人缴费，家庭经济困难的可由政府财政代交。以上建议也符合习近平提出的“相关保险和福利及救助相衔接”的设想。

最后还有一个问题，我们需要筹集多少资金才能够覆盖长期照护服务的成本。现在流传一种说法，说德国、日本、台湾，都在说长期照护制度的经费吃紧，怕会负担不起。我们认为：这是因为他们的制度适用范围(包括失能人群和服务项目)太广，政府管的太宽所致。根据中国的国情，我们最好先从完全失能的老人做起。研究表明：完全失能老人大约占老年人群体的 2.5%。按三个城市目前的数据计算，上海、成都、南通的完全失能老人分别为 12.1 万人、7.6 万人和 5.6 万人；而实际得到长期照护保险待遇的，三市分别是 12.1 万人、1.6 万人和 0.6 万人，分别为 100.0%、21.1%和 10.7%。所以说，从保障的人数看，成都和南通提升的空间还是很大的。说明一下，以上的数字是把城乡户籍的老年人口都计算在内了。

如果假设待遇标准平均为每人每月 2000 元，按完全失能老人的估算数计算，上海市需要 29.04 亿元，成都市需要 18.24 亿元，南通市需要 13.44 亿元。目前的筹资金额三市分别为 99 亿元、12 亿元、和 1.2 亿元，看来上海市的情况比较乐观，即使保障人数翻番，保障待遇增至月人均 3000 元，也仍然可以从容应对。成都市的筹款金额大约达到预估数的 2/3，要达到全覆盖还需作出努力。南通市的筹款金额差距较大，如要全覆盖，还需考虑加大筹资力度。

3. 关于长期照护服务体系和价格标准的讨论

相对于 2015 年以后才出现的长期照护保险，20 世纪 90 年代便兴起的长期照护服务，似乎已经走过了更长的路。但是，相对长期照护要达到的目标，即“根据个人的优先选择保持最高可能的生活质量，并享有最大可能的独立、自主、参与、个人充实和人类尊严”，建立一个适用和有效的长期照护服务体系，仍可谓任重而道远。

从此次调研的照护机构、基层社区和老人家庭的探访中了解的情况看，长期照护服务体系常常形式重于实用。成都市的一组数据给我们留下了深刻印象。成都市给出了三种长期照护的服务提供方式：(1) 入住专业照护机构；(2) 由专业居家照护机构提供上门服务；(3) 由非正式照护者(家庭、朋友、邻居或保姆)提供居家服务。试点一年半以来，在完全由重度失能人员及其亲属自由地“根据个人的优先选择”作出决定的前提下，有 82% 选择了非正式人员的居家照护，其中尤以子女照顾父母的为多；另有 18% 选择了入住专业照护机构；而选择专业居家照护机构提供上门服务的仅有两例。

如果让严重失能老人及其亲属自由选择，大多会选择非正式人员的居家照护。究其原委，现在 80 岁及以上的老人，正是造就新中国第一波生育高峰的一代人，大多有子女 2 个及以上。同时，在那个年代，20 岁左右就是一代人，当老人 80 岁时，子女也都 50—60 岁左右退休了。还有一点，在这两代人中传统观念还十分有影响。以上这些因素，构成了支持他们以上选择的社会人文背景。

由此想到，是否其他城市在居家照护的思路会有问题？如前所述，对于严重失能的老人，首先要考虑的就是需要有人要长时间甚至 24 小时陪护。居家服务，如果不先落实非正式照护者，光有每周几次、每次几小时的“上门服务”是不能满足老人需要的。现在由基层社区或社区照护机构提供的居家服务，是否应该转变思路，其任务主要是为居家老人提供社会支持：一是对非正式照护者进行培训以及进行评估和监督；二是技术门槛较高需要一定资质的服务项目由专业机构提供上门服务。

成都市以长期照护保险资助由家人、亲友等提供的非正式照护，而且成为主流的照护方式，这样的做法应该是一种国际趋势。从上个世纪 80 年代开始，为了应对照护需求的上升和服务费用的上涨，相应的改革思路就是尽可能地利用非正式照护：其一，让有需要的人获得主动权，自己来选择获得照护的途径和方式。提供照护的可以是家人，也可以是邻居、朋友或社区的其他成员。其二是长期照护保险的给付同时面向非正式照护，以覆盖其成本。这样的改革方案，在发达国家已经普遍实行。从这个意义上说，成都市的经验值得重视，因为这可能是在中国普遍解决失能失智老人“照护依赖”的唯一途径，

当然，这并不是说专业照护机构不重要。因为再过 5—10 年，计划生育造成的 1.8 亿独生子女，他们的父辈开始进入高龄阶段，这些家庭除了只有一个孩子之外，两代人年龄差距也比较大，这就意味着，当父辈迈入 80 岁的高龄门槛之后，子女尚在中年。所以，这个人群

一旦严重失能失智，入住专业照护机构势成必然。这个趋势转瞬即至，万万不可掉以轻心。

说到专业机构提供照护服务，如果经营者把心思花在提供更好的服务上，经营下去一定能够挣钱；如果经营者一开始就把挣钱当目标，那么反倒有可能挣不着钱甚至亏损。因为从某种意义上说，今天的老年服务绝对是个买方市场。一旦经营者企图从被照护者身上攫取暴利，被照护者就会“用脚投票”。

也正因为这样，在“看不见的手”的作用下，老年照护服务“自然而然”形成了相对稳定的市场价格。根据此次调研以及平时的观察，中国各个城市老年照护服务的“中档”价格，大约会相当于当地平均养老金的一倍。譬如近年来，上海的平均养老金大概在 3000—4000 元，中档照护服务的市场价格就在 6000—8000 元；成都和南通的平均养老金大概是 2000—3000 元，服务价格就在 4000—6000 元。这里所说的“中档”，主要是指硬件设施符合民政部颁布的规范标准，服务水平在当地口碑相传得到一致认可。当然，其中也隐含着与追求高端、豪华的“高档”的比较。

如果说，长期照护保险的支付水平能够覆盖市场价格的一半，那么另外一半以养老金支付，再辅以社会救助和慈善捐助，重度失能老人入住专业照护机构应该就不成问题了。另外，对于选择居家照护的重度失能老人，待遇水平应该与入住专业机构差不多才合理。因为如前所述，长期照护保险给付既要用于支付非正式照护者的劳动报酬，

还要覆盖社会支持性服务的成本。

总而言之，正如国际劳工组织的一份报告中所指出的那样：在长期照护领域，公共和私营部门应该进行新形式的合作与协作。这也许会促进正式的照护服务和非正式的照护服务之间的合作，但对个人和私营的照护服务应给予更多优惠。我们如今所说的市场化、产业化应该往这个方向努力。

从 20 世纪 80 年代以来，中国其实已经涌现了一批优秀的老年照护机构。展望长期照护保护制度的下一步发展，政府如果能够把政策重点放在支持这批机构上，帮助他们以合作或连锁的方式迅速扩张，应该可以在短时间内形成“优质优势”，中国的老年照护服务的难题随即便有了“正解”。

[返回目录](#)



扫一扫
关注药城公众号



扫一扫
关注医药梦网公众号



📍 地址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号
北京先锋寰宇电子商务有限责任公司

☎ 电话：010-68489858