

积极老龄化视角下的我国多维养老服务体系研究

边 恕^{1,2} 黎菡娴³

(1. 辽宁大学人口研究所, 辽宁 沈阳 110036; 2. 武汉大学社会保障研究中心, 湖北 武汉 430072;

3. 中国人民大学公共管理学院, 北京 100872)

摘 要 积极老龄化政策是世界卫生组织基于“健康”“参与”“保障”三大维度提出的,包括健康和社会服务、个人行为、个人身心、物理环境、社会、经济共六大指标体系。我国养老服务在经历了孕育、探索、发展的三个阶段后,目前主要存在着养老服务供需不平衡、养老服务内容单一、主管部门交叉重叠、养老服务市场运营不充分、专业化队伍不足等问题,需要从积极老龄化的视角对以上问题加以解决,即构建起包括老年养老需求测算机制、多维养老服务供给体系、养老服务供给监管体系、多元化养老服务支持体系在内的养老服务模式。

关键词 积极老龄化; 养老服务; 养老需求; 服务供给; 多元支持

中图分类号 D669.6 文献标识码 A 文章编号 1002-3291(2019)02-0083-09

DOI:10.16197/j.cnki.lnupse.2019.02.010

在中国快速迈向老龄化社会的过程中出现了“未富先老”、养老机构供不应求、养老资源分布不均衡等问题,人口与资源的矛盾、群体间服务供给的差异以及代际间养老需求的转变均对传统养老模式带来了严峻的挑战。养老服务的具体种类与提供过程涉及面广,大多超越了政府的服务能力和职责边界,如果由政府作为单一承担主体,难免会造成管理和服务人员职责划分不清、经费不足、服务满意度不达标甚至官僚作风滋生等不良后果,而且随着社会生活方式的转变,老年人日常起居、护理康复、心理疏导、精神慰藉、紧急求助、临终关怀等方面的需求日益增加,政府部门很难得到真实而迅速的需求反馈。这就对养老服务模式提出了新的要求,即如何在养老服务社会化的过程中重新定位政府角色?如何使政府开放思路,与养老服务社会组织寻求协作?如何准确瞄准不同老年群体间“差异化”的养老需求,从而构建新型养老服务体系?这些都是如何有效实现养老服务社会化的核心议题。

一、老龄化问题研究的理论阐释及其发展内涵

(一)老龄化问题研究的理论阐释

中国老龄化研究多是吸收了国外研究成果,再将其应用于国内具体政策的分析,分为“成功老龄化”“健康老龄化”“积极老龄化”等研究领域。

在“成功老龄化”研究方面,穆光宗(2002)提出了“老年发展”理论假说,该理论假说的思想是通过各种途径和方式来增强健康资本、经济资本、网络资本和知识资本四个方面的老年资本存量,从而降低老龄

收稿日期 2018-05-15

作者简介 边 恕,男,辽宁省沈阳人,经济学博士,辽宁大学人口研究所教授,博士生导师,教育部人文社科重点研究基地“武汉大学社会保障研究中心”研究员。研究方向:人口、资源与环境经济学。

黎菡娴(通讯作者),女,广西北海人,中国人民大学公共管理学院博士研究生。研究方向:社会保障。

基金项目 教育部人文社科重点研究基地重大项目“养老保险城乡统筹政策优化研究——基于养老金与财政动态契合的视角”(14JJD630012) 辽宁省财政科研基金“辽宁省政府购买居家养老服务研究”(17C031) 辽宁省“百千万人才工程”项目“辽宁省人口老龄化、社会保障与财政补贴的动态契合机制研究”(辽百千万立项[2015]37号) 辽宁省高等学校创新人才项目“基于老年多元需求的社会养老服务有效供给体系研究”(WR2016009)。

化的各种风险和冲击^[1]。此后,穆光宗(2015)构建了“老年生命历程理论”,将老年生命历程分为五个阶段,提出缩短过渡期,顺应老化,延长活跃期,健康老化,利用活跃期,活跃老化,应对失能期,尊严老化,善待临终期,告别老化的战略决策^[2]。除了定性研究之外,国内诸多学者也对“成功老龄化”进行了定量研究,崔森(2003)基于 Heckhausen 和 Shultz 的“成功老龄化毕生控制理论”,运用结构方程建模(SEM)的方法对中国社会文化背景下个体控制策略、生活满意度、自尊概念及其相互关系给予了实证研究^[3]。王叶梅(2007)等对 Baltes 的经典成功老龄化 SOC 模型原理进行了详细介绍,并分析了该模型对老龄化满意度测评的积极影响^[4]。

在“健康老龄化”的研究方面,我国最早提倡健康老龄化的学者邬沧萍(1996)阐述了健康老龄化的内涵,将健康老龄化战略纳入我国社会发展目标的必要性以及在我国实施健康老龄化战略的基本对策^[5]。陈小月(1998)构建了包含老年人自身健康指标、老年人家庭和物质生活指标、老年人社区指标和“老龄化”社会指标等四项内容在内的“健康老龄化”社会评价指标体系^[6]。王学义(2002)基于“健康老龄化”理论,针对性地提出了相关的人口老龄化对策^[7]。赵晓芳(2014)构建了“一个中心、两个依据、三种类型、四个战略支撑”的“医养结合”养老服务战略框架^[8]。

在“积极老龄化”的研究方面,当前我国“积极老龄化”的研究主要根植于“成功老龄化”和“健康老龄化”,学者一方面系统地阐述了老龄化理论的发展沿革,另一方面则侧重于“积极老龄化”思想在实践政策中的应用,主要包括:在“医养结合”、长期护理保险等制度中的积极老龄化政策,积极老龄化与“老年友好型城市”建设以及积极老龄化与老年教育开发的关系等方面。

(二)“积极老龄化”研究的发展沿革

十九世纪后期人口老龄化现象在欧洲部分发达国家出现,此后老龄化从少数发达国家的区域性问题的逐渐发展成为全球共同面对的难题。21世纪后,全球老龄化速度加快,预计65岁以上人口占总人口的比重将从2000年的7%升至2050年的16%,到2100年将超过22%,并超过15岁以下的人口比重^[9]。传统的“消极老龄观”认为,随着年龄的增长,老年人身体健康状况下降,对社会贡献度降低,并逐步退出生产性舞台,成为一种“社会负担”。但随着“成功老龄化”概念的提出,“积极老龄观”逐步取代“消极老龄观”成为学界的主流。约翰和凯恩发表的《人的老龄化:普通与成功》一文,使得“成功老龄化”概念被广泛传播^[10]。在《成功老龄化》一文中,他们认为“成功老龄化”是多维度的,包括避免疾病和残疾,维持高水平的身体机能和认知功能,以及持续参与社会和生产活动^[11]。由于“成功”一词带有较强的主观色彩,所以尽管许多学者都尝试通过数据为“成功老龄化”设定指标体系(Faber, 2001; Depp&Jeste, 2006)^[12]^[13],但最终还是难以形成一个统一标准。在1987年的世界卫生大会上,“健康老龄化”的概念被首次提出,大会将“健康老龄化的决定因素”列入老龄研究项目的主要课题。在1990年哥本哈根举办的世界卫生组织老龄问题大会中,进一步将“健康老龄化”作为应对人口老龄化的发展战略之一。至此,“健康老龄化”将对老龄问题的研究引入到老年身心健康及提高其晚年生命质量的范畴之内。

20世纪末积极心理学的盛行,推动了老龄研究向“积极老龄化”方向的发展。2002年世界卫生组织(WHO)将“积极老龄化”定义为:通过最大程度优化老年人获取健康、参与和保障机会的过程,来使其提高生活质量^[14]。同年,在西班牙马德里召开的第二届世界老龄大会上,“积极老龄化”被写入行动纲领,并通过了《老龄化马德里政治宣言》《老龄问题国际行动计划》,旨在呼吁全世界及各个国际组织从“健康”“参与”和“保障”三个方面行动起来,为老年人的健康和福祉建立一个支持性的“老年友好社会”,以确保所有人在晚年能够有保障、有尊严地享受其应有的权利。

纵观20世纪末到21世纪初老龄研究的发展,“积极老龄化”的概念及政策确立过程可以发现:首先,学界不再单纯地视老年人为社会负担,而将其作为社会财富及社会进步的积极贡献者;其次,对老年问题

的研究从单一维度逐步向多维度、多层次发展,第三,明确了国家、政府和社会对老年人的健康与发展的责任和义务,最后,“积极老龄化”理论不再仅是一种空泛的理论学说,更拥有了切实的政策框架和行动计划。

(三)积极老龄化理论在养老服务产业发展中的政策价值

“积极老龄化”理论之所以能够提高养老服务产业的发展水平,是因为理论中提出了具体的老年人支持指标和政策建议。世界卫生组织基于“积极老龄化”的“健康”“参与”和“保障”三大维度,设计出了六大指标体系用于具体测量,并以此作为积极老龄化政策框架的支柱。六大指标体系包括:健康和社会服务、个人行为、个人身心、物理环境、社会、经济。其中,健康和社会服务指标用于测度与健康有关的社会保障制度的完善程度,个人行为指标用于测度老年人的健康行为频度,个人身心指标用于测度老年人身心健康的影响因素,物理环境指标用于测度老年人生活环境的适宜度,社会指标用于测度社会对老年人参与社会活动的支持度,经济指标则用于测度企业和政府对老年经济参与的支持度(WHO,2002)^[15]。

在具体政策建议中,基于“健康”“参与”“保障”三个维度,世界卫生组织归纳出了9个核心方向,52条具体举措,具体参见下页表1。“积极老龄化”内涵广泛,既包括了基础的社会保障和服务,又提出了高水平的心理保健及医疗需求,既强调了保障过程中的公平性,又涵盖了对弱势群体的特殊照护,既提倡了基础硬件设施的建设,又呼吁了对文化等软环境的改善。可以说“积极老龄化”政策基本覆盖了老年人生活的方方面面。

二、中国社会养老服务的发展历程

中国养老服务体系的建设与经济社会的改革变迁紧密相关,整个养老服务体系发展分成三个阶段:第一阶段为社会养老服务的孕育阶段(1949—1978年)。新中国建立至改革开放前,由于当时中国实行计划经济体制,“父命式”的保障模式使得主要的养老责任集中于国家、企业和家庭,加之经济发展水平的制约,有限的社会服务资源也仅能为孤寡老人提供基本的救济型养老服务。第二阶段为社会养老服务的探索阶段(1979—1999年)。随着改革开放政策的实施,基本社会保障制度逐步建立,机构养老和社区养老也悄然兴起。第三阶段为社会养老服务发展阶段(2000年至今)。随着人口老龄化问题、“独生子女”政策和国有企业改组改制等多方面影响,传统家庭养老模式受到巨大冲击,蓬勃兴起的养老需求促使民政部、财政部等十一部委颁布了《关于加快实现社会福利社会化的意见》(2000),进一步促进了社会养老服务的发展。其中,2000年上海市卢湾区民政局在上海市6个城区的12个街道,尝试采用日托和上门服务的方式来购买居家养老服务,这开创了我国政府购买养老服务的先河^[16]。

(一)社会养老服务的孕育阶段(1949—1978年)

这一阶段虽然养老服务整体上以家庭照料和特殊救济为主,但在社会养老服务上也表现出三方面趋势:首先,国家包办式福利模式弱化,基本的社会保障制度开始逐步成型。1951年《中华人民共和国劳动保险条例》出台,使国有企业、事业单位人员得到了制度保障^[17]。1955年设立的社会福利管理机构和1965年建立的“五保”制度,使城乡三无人员等生活困难群体获得了国家救助。其次,家庭养老功能逐步弱化,社会养老需求增加。随着社会经济的发展,核心家庭的增加,双职工家庭的普遍化,人口流动性的增强,工作压力、抚养压力和赡养压力三者并举,使得传统的以家庭为载体的自我保障养老模式难以维系。家庭养老成本的上升和难度的增加,迫使人们开始寻求社会化养老服务。第三,社会养老服务从单纯的救济性服务向福利性服务模式转变。社会福利和社会救助被统称为“救济福利事业”,其核心任务是救济、教育及劳动改造,即将流离失所人员安置在生产教养院,但该时期福利机构的服务项目和措施普遍存在着不完善的问题。

(二)社会养老服务的探索阶段(1979—1999年)

改革开放以后,我国社会养老服务体系的发展进入探索阶段。在该阶段机构养老和社区养老模式逐

表1 “积极老龄化”的核心政策建议

维度	核心方向	具体政策关键词
健康	预防和减轻重度残疾、慢性疾病和过早死亡的负担	目标的可测性和明确性 区分经济水平对健康的影响 预防和高效治疗 老年友好且安全的社会环境 对听觉和视觉障碍提供支持 无障碍的生活环境 提高生活质量 社会支持 艾滋病 心理健康 清洁的环境
	减少与重大疾病相关的风险因素,增加健康保护因素	控制烟草 体育活动 营养 健康膳食 口腔健康 心理因素 限制酒精和毒品 药物治疗
	构建一个可持续发展、可接受的、高质量、老年友好的社会健康服务体系,以满足全社会成员年老时的权利和需求	减少药物和治疗依赖 全生命周期的持续照料 可负担且公平的基础照料体系 非正式照护者的支持系统 正式照护者 心理健康服务 调整道德关怀系统 防止医源性疾病 居家养老和社区养老
	向照护者提供培训和教育	非正式照护者 正式照护者
参与	提供全生命周期的教育和学习机会	基础教育和健康知识 终身学习
	让人们认识到并促使其在年老时,根据个人需要、偏好和能力积极参与到经济活动、正式和非正式的工作以及志愿活动中	减少贫困和增加收入 正式工作 非正式工作 志愿活动 公共交通
	鼓励老年人全面参与家庭及社区生活	引导老年人参与政治生活 创建适合所有年龄层人员的社会 创建积极的老年形象 减少女性的不公平待遇 支持代表老龄团体的组织
保障	通过社会、经济和人身安全等方式,确保老年人年老时照护、安全和尊严的权益与需求。	社会保障 艾滋病患者的权益保障 消费者保护 社会正义 庇护所 危机救助 减少老年虐待
	减少老年女性在社会权益和需求中的不平等	保护寡妇的财产和人身安全 保护女性免受家庭暴力或其他暴力的伤害 为没有退休金或微薄退休收入的老年妇女提供社会保障(收入支持)

步发展,养老服务真正开始向社会福利方向过渡。1983年在全国第八次民政工作会议上提出的“社会福利事业国家可以办,社会、团体可以办,工厂、机关可以办,家庭也可以办”的思想,标志着我国养老服务向多元主体参与的方向迈进。1995年出台的《中华人民共和国老年人权益保障法》更明确提出:“地方各级人民政府应当根据当地经济发展水平,逐步增加对老年福利事业的投入,兴办老年福利设施”,这些思想和政策指引着我国养老服务产业的进一步开放化和多元化。在社区养老方面,1986年民政部开始倡导社区服务,1987年“城市社区服务工作座谈会”上进一步明确了我国社区服务的“民政福利性”,故此社区服务工作在全国范围内正式启动。1999年民政部先后在全国的16个城市26个城区进行了“社区建设实验区”试点。

(三)社会养老服务的发展阶段(2000年至今)

2000年以后,中国养老服务得到了迅猛的发展,构建了多层次、多类型、多方式的社会养老服务体系。其主要成就体现在以下五个方面:第一,构建了覆盖城乡的基本社会保障体系,使老年人的养老及医疗需求得到了切实的保障,解决了其年老时的后顾之忧^[18]。第二,提供了多种类型的养老服务选择。2000年,中共中央、国务院发布了《关于加强老龄工作的决定》,明确了坚持家庭养老与社会养老相结合、坚持政府引导与社会兴办相结合的老年社会服务体系发展原则,提出以居家社区养老为基础,机构养老为补充的多种类型养老模式,以满足老年人的差别化养老意愿。第三,形成了多方位的健康支持体系。2014年国家发展改革委等十部门联合下发《关于加快推进健康与养老服务工程建设的通知》,明确提出:到2020年要基本建立覆盖全生命周期的健康服务业体系;2015年《关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见的通知》中首次对“医养结合”进行了战略部署;2016年《“健康中国2030”规划纲要》中更提出要推进老年医疗卫生服务体系建设;2017年民政部颁布的《养老服务标准体系建设指南》中进一步细化了养老服务的标准。第四,推进了老年宜居环境建设。2014年,民政部等部委《关于推进城镇养老服务设施建设工作的通知》中将养老服务相关设施建设纳入经济社会发展规划、土地利用总体规划和相关城乡规划;2017年《智慧健康养老产业发展行动计划(2017-2020年)》中更提出要“建立100个以上智慧健康养老应用示范基地”。第五,老年权益保障法规逐步完善。2013年新修订的《老年法》突出了对老年人的优待与帮助,明确了老年人获得经济上供养、生活上照料、精神上慰藉的权利。

三、当前中国社会养老服务的困境与挑战

尽管我国社会养老服务在政策引导和社会经济发展的双重推动下不断改革与完善,但政策落实过程中依旧存在诸多问题。

(一)养老服务供需不平衡,服务内容单一

截至2016年底,全国60岁及以上老年人口为23086万人,占总人口的16.7%,65岁及以上人口为15003万人,占总人口的10.8%。老年人口比重的增加,带来养老服务需求的增长,但当前养老服务体系中供需不平衡问题普遍存在。一方面,老年人养老需要与实际养老服务供给不契合,老年人的真实需求得不到满足。尽管2014年后,老年及残疾人床位闲置率出现明显下降,由90%下降到60%,但总体上仍存在供给总量不足与供给资源闲置的矛盾问题,这是由于社会服务供给与老年人实际需求错位所导致的(见下页图1)。老年人需要的服务,社会服务机构没有提供或无法满足,而所提供的养老服务,由于不符合老年生命历程发展规律,老年人不愿使用,因而出现了资源浪费的现象。另一方面,养老服务水平低下,难以保障老年人养老需求。

(二)主管部门职权交叉重叠,各部门间协调配合不足

从各地实践情况看,主管部门缺乏权威的领导机构、协调配合不足,一定程度上阻碍了我国养老服务

图1 老年及残疾人床位使用率^①

资料来源 根据国家统计局官网资料整理得出。<http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>

业的发展。养老服务涉及面广,其中养老保障涉及民政部和人社部,医疗保障还涉及各级卫生和计划生育委员会等部门,而全国老龄工作办公室虽然主导我国的老龄工作,但其没有政策制定和资金分配的权利,无法领导养老服务工作的开展。部门间管理交叉重叠,职责界定模糊,缺乏有效的协调配合,导致工作中时常出现利益冲突,难以合力推动养老服务业发展。此外,地方养老服务工作行政色彩浓厚,政府在养老供给上“大包大揽”,限制了养老服务产业的发展活力。

(三) 养老市场运营不充分,资金筹集渠道狭窄

当前养老服务主要以政府直接供给及政府购买为主,经费筹集渠道单一。2016年全国社会服务事业费支出5440.2亿元,比上年增长10.4%,占国家财政支出比重为3.4%,其中中央财政向各地转移支付社会服务事业费2484.0亿元,比上年增长9.4%,占社会服务事业费比重为45.7%^[19]。逐年增加的养老金负担和日益庞大的老年护理费用支出使得各级政府不堪重负。尽管2015年民政部、发展改革委等十部委下发了《关于鼓励民间资本参与养老服务业发展的实施意见》,鼓励民间资本参与居家和社区养老服务、机构养老服务、养老产业发展,但缺乏市场培育机制,民间组织发育迟缓。加之在养老服务的具体实施过程中,各地政府并没有把权力下放给民营企业和民间组织,市场准入门槛高、资金支持少,造成了养老资源分配失衡、服务供给主体单一的问题。

(四) 老年服务队伍专业化不足

当前我国老年照护人才缺乏,与国外的老年照护情况相比,我国在老年照护领域几乎没有专业的人才储备。据世界卫生组织统计,挪威是全球拥有护士数量最多的国家,每千人拥有护士数量达17.27人,欧盟制定的基本标准为8人以上,美国和日本分别为9.8人和11.49人。相比之下,我国每千人口护士数仅为2.36人,其中城市每千人拥有注册护士数为4.6人,农村每千人拥有护士数仅为1.4人。如果单从专业照护人员数量看,我国2015年仅为33万从业人员,平均每千人约为0.24人,而OECD国家2015年每千人拥有照护人员数,美国为7.53人,英国为10.36人,德国为4.55人,日本为1.72人^[20]。

可见,中国医疗照护水平远低于欧美发达国家水平,且城乡医疗照护发展水平不平衡,农村地区远低于城市。此外,我国目前从事养老护理人员多缺乏专业的培训,护理人员主要以40~50岁的妇女组成,服

^① 老年及残疾人床位使用率为老年及残疾人使用床位占提供住宿的社会服务机构床位数之比。

务供给质量水平较低。由于国家尚未建立起养老机构服务人员的资格认证、职称评定体系,造成养老服务人员职业发展定位模糊,基本权益常常无法受到保障。因此,大力发展专业老年服务队伍,加快发展完善老年服务职业系统,是我国养老服务行业发展的当务之急。

四、适应差异化需求的多维养老服务体系设计

当前我国社会养老服务体系中存在许多矛盾,其中最突出的问题在于:如何解决老年人口养老的差异化需求问题。首先,老年养老需求差异体现在诸多方面,老年人口在其晚年生命周期的不同阶段,其医疗及护理需求程度不一,老年人口个体间的照料和精神慰藉也存在个体差异,处于不同出生序列、不同经济水平的老年人之间的养老需求更是相差明显,单一的养老服务供给是难以满足老年人差异化需求的。要提高养老服务的满意度,就要从老年需求的测度入手,及时准确地将需求与供给相衔接。因此,一个老年养老需求精准测算机制是构建完善的养老服务体系的基本前提。其次,老年人的养老需求包含日常照料、医疗保健、文化娱乐、精神慰藉等多个方面,要及时准确地将养老服务提供给老年人,就需要一个“智慧型”的养老服务平台,因此将市场竞争机制引入养老服务平台,建设一个多主体参与的多维养老服务供给体系,是构建我国养老服务体系的核心。第三,在养老服务供给过程中,如何确保养老服务质量,以提高老年人养老满意度,就离不开一个有效的监管体系。最后,养老体系的可持续运营离不开政策、资金、技术、人才等多方支持,因此构建多元化的养老服务支持体系是构建良好的养老服务系统的根本保障。多维度养老服务体系如图 2 所示。

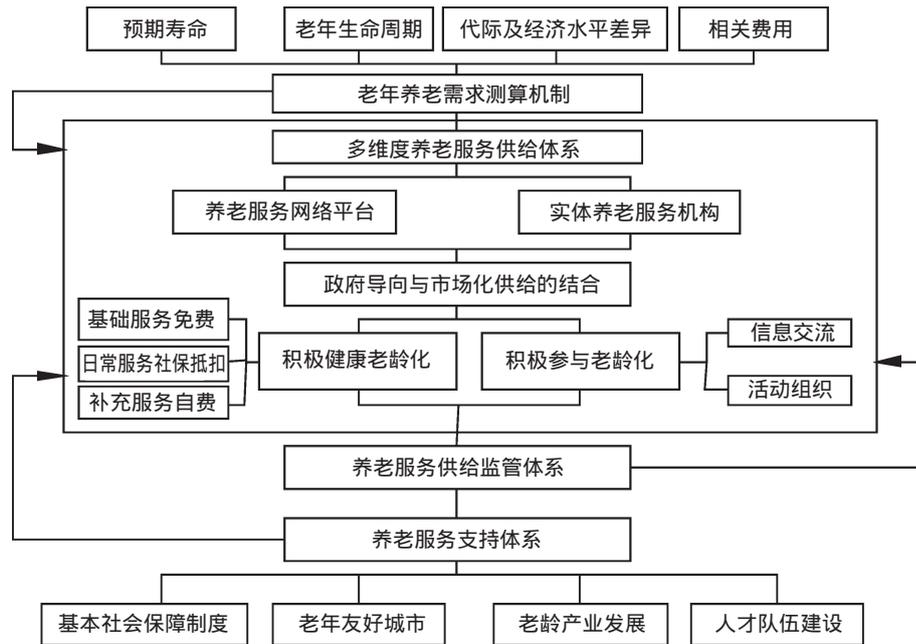


图 2 差异化需求下的多维养老服务体系

(一)老年养老需求测算机制

对养老服务需求的测算包括多个层次,其一是要对中国人口预期年龄及预期健康余寿进行测算;其二是要根据老年人身体功能及生命状态进行区分测算,可将老年人划分为“健康自理期”“半自理期”“全照料期”和“临终期”,并测算不同生命期的长度及其所需的主要照料需求;其三是测算不同年代出生人口及不同经济能力老人的养老需求,以设计多层次的养老服务内容;其四是测算照料资源及费用的增长趋势,及时做好资金储备和财政规划^[21]。

(二)多维养老服务供给体系

转变政府在养老服务供给过程中的角色,将其由主导者转变为政策支持者和监管者,将养老服务供给由“自上而下”的“父命式”行政决定,转变为“自下而上”的个人自主选择模式。政府作为养老服务推动者,可依托互联网技术建立“智慧型”的养老服务平台,设计包括实体网点、网络平台、智能APP和全网呼叫的“一站式”智慧养老服务体系。在该体系中,政府相关部门对企业和个人的准入资格进行评估,提供普惠式的基本服务、养老服务人员的培训及聘请第三方机构对服务平台进行管理,并放宽准入门槛,最大限度地吸纳相关企业和人员参与到养老产业的建设中来,发挥市场经济的资源配置作用。在该平台上老年人可以根据自身的照护需求,自主选择服务供给对象及所需的服务内容、时长和地点(家庭、社区或养老机构)。该平台不仅仅提供日常照料,更应提供心理疏导、老年交流、娱乐活动等多重内容。可将该平台上的服务分为基础、日常及补充三类,基础型的服务由国家财政或福利基金划拨,主要为全体老年人提供健康检查、预防等方面的免费保健服务;日常型服务包括照料、护理、心理慰藉等常规性的养老服务,此费用可由老年人的养老金及医疗保险金支付,而补充服务,则是为具备一定经济能力的老人提供的文化交流、老年教育、旅游等高水平养老服务,费用来自老年人的自我付款,并享受一定程度的政策优惠。此外,该平台另一个重要特点就是老年参与功能,老年人可在平台上建立交流群和兴趣小组,并获取临近社区的活动信息,进一步参与到社区文化建设中去。

(三)养老服务供给监管体系

养老服务供给监管体系中的监管范围包含两个主体,一个是虚拟平台的养老服务监管,另一个是实体养老服务机构的监管。对于“智慧型”养老服务平台的监管可通过以下两个方面进行:一是政府通过对企业和个人进入资质的评估,为政府购买居家养老服务模式提供事前监管,个人通过对养老服务质量的评估对其进行事中监管,而事后部分由政府聘请的第三方机构负责,从而构建“三位一体”的全方位监管体系;二是企业和个人根据自身提供的服务质量和水平,自负盈亏,在市场竞争环境下实现优胜劣汰。实体养老服务机构则包括了养老院、社区养老服务中心、疗养院等,对于此类服务机构可派专员进行定期寻访,出现问题及时督促整改,以提高其服务质量。

(四)多元化的养老服务支持体系

养老服务的发展离不开多方支持。一是要完善我国基本社会保障制度。加快养老保险和医疗保险全国统筹,推进长期照护保险制度的建立。实现全国统筹的一个重要目的是满足老年人异地养老的需求,异地养老一方面来自于老年人对更适宜养老地区的迁移需求,另一方面有利于与异地生活工作的家庭子女团聚,是实现社会养老与家庭养老相结合的现实需求。长期照护保险制度的建立则可以为老年人疾病照护提供保障,减少家庭和政府的资金压力。二是加快推进“老年友好城市”的建设。为老年人提供良好的居住环境和社会参与氛围,鼓励老年人参与社区志愿活动,树立老年群体的积极乐观形象。三是大力推进“物联网”技术,发展老年产业。推动“物联网”技术在家庭、街道和社区的应用,为老年人提供一个安全、智能的物质保障体系,同时发展老年产业,以满足老年人物质文化等多方面的需求。四是加强老年照护人才队伍建设。强化养老服务高等教育、职业教育和专业培训的功能,积极发挥非政府组织和志愿者的作用,为老年养老服务培养出一批思想素质较高、专业技术过硬的人才队伍,从而为构建一个完善的养老服务体系打下坚实的人才基础。

参考文献

- [1]穆光宗.老年发展论——21世纪成功老龄化战略的基本框架[J].人口研究,2002(06):29-37.
- [2]穆光宗.成功老龄化:中国老龄治理的战略构想[J].国家行政学院学报,2015(03):55-61.
- [3]崔森.成功老龄化毕生控制理论研究:控制策略、自尊与生活满意度[D].上海:华东师范大学,2003:35-43.
- [4]王叶梅,陈国鹏,宋怡.成功老龄化的SOC模型研究综述[J].心理科学,2007(02):377-379.

- [5] 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.
- [6] 陈小月. “健康老龄化”社会评价指标的探索[J]. 中国人口科学, 1998(03): 51-56.
- [7] 王学义. 健康老龄化: 人口老龄化的对策[J]. 西南民族大学学报(人文社科版), 2002(12): 131-135.
- [8] 赵晓芳. 健康老龄化背景下“医养结合”养老服务模式研究[J]. 兰州学刊, 2014(09): 129-136.
- [9] 刘文, 焦佩. 国际视野中的积极老龄化研究[J]. 中山大学学报(社会科学版), 2015(01): 167-180.
- [10] Rowe J W, Kahn R L. “Human Aging: Usual and Successful”[J]. Science, 1987. 237(4811): 143-149.
- [11] Rowe J W, Kahn R L. “Successful Aging”[J]. Gerontologist, 1997. 37(4): 433.
- [12] Faber M V, Wiel A D. “Successful Aging in the Oldest Old: Who Can Be Characterized as Successfully Aged?”[J]. American Journal of Health Promotion, 2001. 161(22): 2694.
- [13] Depp C A, Jeste D V. “Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies”[J]. American Journal of Geriatric Psychiatry Official Journal, 2006. 14(1): 6-20.
- [14][15] World Health Organization, “Active Ageing: A Policy Framework”[R]. http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/, 2002.
- [16] 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.
- [17] 边恕, 杨萍萍. 辽宁省企业职工养老金收支测算及对策——基于参数组合方案的分析[J]. 辽宁大学学报(哲学社会科学版), 2014(4): 74-80.
- [18] 边恕, 孙雅娜, 黎茵娴. “城乡保”基础养老金普惠型给付的适度性分析[J]. 辽宁大学学报(哲学社会科学版), 2016(4): 63-70.
- [19][20] 民政部. 2016年社会服务发展统计公报[BE/OL]. <http://www.mca.gov.cn/article/sj/tjgb/201708/20170800005382.shtml>.
- [21] 边恕, 孙雅娜, 张玲玲. 基于马丁法的辽宁农村低保给付标准与调整机制研究[J]. 辽宁大学学报(哲学社会科学版), 2017(5): 57-66.

Study on Multidimensional Pension Services System from the Perspective of Active Aging

BIAN Shu^{1,2} LI Linxian³

(1. Institute of Population Research, Liaoning University, Shenyang 110036, China;

2. Center for Social Security Studies, Wuhan University, Wuhan 430072, China;

3. School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China)

Abstract: Active aging policies include six indicators of health and social services, personal behavior, individual physical and mental, physical environment, society and economy. After three stages of gestation, exploration and development, the problems of pension services in our country mainly involve the imbalance of supply and demand of pension services, the single content of pension services, the overlap of competent departments, the inadequate operation of pension service market and the shortage of specialized teams. The above problems need to be solved from the perspective of active aging. In other words, the multi-dimensional pension service model should be designed based on the differentiated needs, including the construction of an aging pension estimation system, the multi-dimensional pension service supply system, the pension service supply regulation system and service support system.

Key Words: active aging; pension services; pension needs; service delivery; multiple support

【责任编辑 裴鸿池】