

健康老龄化背景下居家社区养老服务质量评估及其优化路径研究

杨 启

云南民族大学 云南昆明 650000

摘 要：面对中国加速老龄化的严峻挑战，居家社区养老成为应对健康老龄化的重要方向。然而，目前服务体系存在医疗护理渗透率低、数字应用不足、供需错配与资源整合障碍等突出问题。本文基于世界卫生组织提出的健康老龄化理论，构建了涵盖个体能力、环境支持与响应三维度服务质量评估框架，运用德尔菲法与 SPO 模型优化指标体系，系统诊断了供需失衡、部门分割、技术应用悖论等深层矛盾。结合德国、新加坡、澳大利亚等国经验，提出以“制度创新—资源配置—文化引导”为主线的本土化优化路径，强调推行养老服务负面清单、建设全国数据共享平台、重塑空间布局、完善人才激励机制与推动积极老龄文化。研究不仅丰富了健康老龄化理论的本土应用，也为中国居家社区养老服务体系优化提供了实践参考。

关键词：健康老龄化；居家社区养老；服务质量评估；智慧养老；制度创新

1 问题的提出

全球正面临加速老龄化的重大挑战，尤其是中国，2023 年 60 岁以上人口已达 2.97 亿，占总人口的 21.1%，并呈现超快增速、超大规模、超复杂结构的特征。传统家庭养老模式因少子化与人口流动加剧而逐渐弱化，机构养老又因成本高昂难以普及，居家社区养老因此成为政策重点方向。尽管《“十四五”国家老龄事业发展规划》明确了服务体系建设目标，但实际推进中，居家社区养老仍存在医疗护理渗透率低、数字技术应用率低、服务满意度低等突出问题，急需优化服务供给体系以应对健康老龄化的现实需求。

现有关于居家社区养老的研究虽已涉及多维领域，但整体存在评估维度单一、部门协同机制薄弱、技术赋能路径模糊三大局限。当前多数学术研究聚焦设施或经济指标，忽视了社会参与与功能能力维持的重要性，且跨部门数据壁垒与数字适老性不足，进一步制约了服务质量提升。基于此，本研究提出三个核心问题：一是如何构建符合健康老龄化要求的服务质量评估框架；二是识别当前服务体系的主要短板与制度障碍；三是探索基于国际经验和技术创新的本土化优化路径。

2 健康老龄化的理论框架与政策演进

2.1 健康老龄化的理论深化

世界卫生组织（WHO）在 2015 年的《关于老龄化与健康全球报告》中，将健康老龄化定义为“发展和维护老年健康生活所需的功能发挥的过程”。

功能发挥是指使个体能够按照自身观念和偏好来生活和行动的健康相关因素。它由个人内在能力与相关环境特征以及两者之间的相互作用构成。内在能力即个体在任何时候都能动用的全部身体机能和脑力的组合。环境包括组成个体生活背景的所有外界因素，包括从微观到宏观层面的家庭、社区和社会。环境中有很多的因素，包括建筑环境、人际关系、态度和价值观、卫生和社会政策、支持系统及其提供的服务。

《“十三五”健康老龄化规划》指出，健康老龄化即从生命全过程的角度，从生命早期开始，对所有影响健康的因素进行综合、系统的干预，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，维护老年人的健康功能，提高老年人的健康水平。

2.2 国际政策演进：从碎片化到系统化

全球健康老龄化政策经历三个阶段，其核心机制如下：

阶段	政策特征	代表性政策	局限性与突破
1.0 医疗本位期（1980–2000）	以疾病治疗为中心，忽视社会参与	美国《老年法》	忽视社会参与，导致“过度医疗化”
2.0 社会参与期（2001–2015）	强调积极老龄化与社区融入	欧盟《积极老龄化战略》	未解决跨部门协作难题
3.0 系统整合期（2016 至今）	医养社融合 + 数字赋能	日本《地域综合照护体系》	通过法律强制多主体协作

2.3 中国政策实践：从“补缺型”到“普惠型”的转型困境

中国健康老龄化政策历经三阶段的更新，但仍面临结构性矛盾：

阶段	政策重心	代表性文件	主要成就	遗留问题
补缺型 (2000–2012)	保障基本生存需求	《社会养老服务体系建设规划（2011–2015）》	养老床位从 230 万增至 660 万张	重硬件轻服务，城乡覆盖率差异达 3:1
发展型 (2013–2020)	推进医养结合	《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见》	医养签约机构覆盖 80% 城市社区	医保报销壁垒，跨部门协作成本高昂
普惠性 (2021 至今)	数字化 + 精准化	《“十四五”国家老龄事业发展规划》	家庭养老床位试点覆盖 120 个城市	农村家庭照护者支持政策缺失

3 居家社区养老服务质量评估体系构建

3.1 理论框架与构建逻辑

在健康老龄化“功能发挥”理论(WHO, 2015)和“生物 – 心理 – 社会”医学模型的指导下，本研究提出了“三维互动”评估框架，以系统把握居家社区养老服务质量。该框架包括：第一，个体能力维度，涵盖生理健康、认知水平及慢性病管理能力，并参考《老年健康服务体系建设状况评估指标》中关于疾病诊治与预防保健的权重设计；第二，环境支持维度，囊括物理环境、社会网络（家庭支持强度、社区参与度）与政策保障，与山西省地方标准体系中的“服务保障标准子体系”要求相呼应；第三，服务响应维度，侧重评估服务供给的及时性（15 分钟响应率）、专业性（持证护理员占比）与个性化水平（需求匹配度），借鉴了 SERVPERF 模型中“有形性、可靠性、响应性、移情性”等关键结构。这一框架旨在打破传统单一视角，实现对老年人健康状态、生活环境与服务体系的综合性、动态性评估。

3.2 评估体系构建方法论

采用混合研究方法整合主客观指标：

德尔菲法优化：通过 2 轮专家咨询（含卫健、民政部门官员及老年医学专家）筛选指标，参考朱凯怡等（2019）改良德尔菲法的经验，将专家权威系数（Cr）阈值设为 0.7，最终保留 85% 初始指标。

结构 – 过程 – 结果（SPO）模型：

结构指标（占 30% 权重）：如每千名老人养老床位数量、智能穿戴设备配置率，依据泉州市“标准化设施建设”政策要求；

过程指标（占 45% 权重）：包括服务响应时效、服务流程规范性（参考山西省“服务提供标准子体系”中能力评估流程）；结果指标（占 25% 权重）：采用 NPS 净推荐值、跌倒发生率等，结合李运华（2024）提出的“宏观 – 微观”双轨评价机制。

一级指标（权重）	二级指标（示例）	数据来源
结构质量（0.30）	医疗站点覆盖率、适老化改造达标率	政府公开数据
过程质量（0.45）	服务响应时间 ≤ 30 分钟、个性化护理计划制定率	实地调研
结果质量（0.25）	老年人满意度、ADL 指数年下降率	问卷调查

4 居家社区养老服务质量问题诊断

4.1 供需错配的微观机制

基于安德森卫生服务利用模型（Andersen Behavioral Model），当前居家社区养老服务体系中，供需两端均存在明显障碍，严重影响了服务质量与资源配置效率。

在需求侧，潜在需求释放受阻主要体现在需求识别偏差、文化认知壁垒与经济支付意愿不足三方面。调研显示，尽管失能老人对康复护理的潜在需求高达 88%，实际利用率仅为 32%（MSI=36.4）。现有服务设计未能根据功能障碍程度进行精准分层，重度失能老人更依赖生活照料，而轻度失能老人则亟需康复训练，然而服务供给普遍集中于助餐、保洁等基础支持，导致康复护理需求被系统性低估。此外，受传统家庭养老观念影响，超过 50% 的失能老人依赖非正式照料，但实际照料满意度不足 30%。经济因素也成为需求抑制的重要原因，家庭月收入低于 5000 元的失能老人中，仅 18% 有意愿购买付费康复服务，而政府补贴覆盖率不足 40%，进一步限制了实际服务利用。

在供给侧，主要问题是结构性供给不足与低效配置。当前市场服务同质化严重，低附加值的家政服务占比超过 60%，而专业康复护理资源极为稀缺，例如，长三角地区社区康复师配置比仅为 1:2500，远低于 WHO 推荐标准(1:500)。受利润率低（≤ 15%）影响，企业对进入专业护理市场缺乏积极性，形成“高需求 – 低供给”的结构性困境。典型案例如上海市某社区引入“康复护理包”服务，单次定价 150 元，因价格高企导致利用率不足 20%，最终项目被迫终止。

4.2 资源整合的多重障碍

现阶段居家社区养老服务体系建设中,资源整合面临多重障碍,既有部门协同困境,也有社会资本参与与人才保障方面的深层问题。

在政策协同层面,不同部门标准体系不统一,直接导致服务对象识别与保障出现偏差。具体来看,卫健部门采用《国际功能、残疾和健康分类》(ICF)评估失能等级,民政部门则依据《老年人能力评估规范》(MZ/T 039),二者标准重合率不足 60%,使约 20% 的老年人被排除在补贴体系之外。与此同时,资源重复配置现象突出,如某地同时建设民政系统的“社区养老驿站”与卫健系统的“家庭病床”,两类设施在服务内容上重叠率高达 61%,但实际利用率不足三成,反映出统筹规划的缺位与资源浪费的问题。

在社会资本参与方面,体制性障碍使民营机构进入养老服务领域的积极性受限。一方面,非营利性用地不得直接用于盈利性养老项目,民办机构不得不以“租代购”等方式变通操作,导致年均租金成本增加近 120 万元(以北京某养老机构为例)。另一方面,医保定点评审程序复杂,需连续运营三年以上且通过卫健、民政、医保三部门联合审批,平均审批周期长达 14 个月,拉长了投资回报周期,进一步削弱了民间资本的动力。

人才流失问题同样严重。由于薪酬水平偏低与职业社会认同感不足,养老护理员年流失率超过 30%。一项针对护理专业毕业生的调查显示,仅有 12% 的人愿意进入老年护理行业,这无疑加剧了基层服务能力的紧张。

4.3 技术赋能的实践悖论

在居家社区养老领域,虽然技术赋能被寄予厚望,但实践中却暴露出诸多悖论与困境,特别是在设备成本、使用效能与隐私保护等方面。

智能设备的普及受到经济门槛限制。以某地推广的 AI 陪伴机器人为例,每月租赁费用高达 800 元,已超过城乡居民基础养老金月均 208 元的一半以上,造成大多数老年人无力承担。这种成本与老年群体支付能力之间的错配,使得智能设备难以实现规模化应用。同时,即使政府大力投资智慧养老平台建设,如某市投入资金高达 1.2 亿元,由于平台设计没有充分考虑老龄人口需求,操作界面复杂,导致每日活跃用户仅 83 人,实际使用效能远低于预期。

数据隐私保护问题引发了新的风险。当前跨部门数据

共享缺乏统一规范,健康监测数据在民政、卫健、公安等部门之间流通,却没有建立健全的个人信息保护细则,导致 78% 的老年人对信息泄露产生了担忧。技术应用过程中还存在伦理争议,某地 AI 跌倒监测系统误报率高达 23%,且在使用时没有充分告知和征求用户同意,最终引发了法律诉讼。这些问题暴露出智慧养老在实际运行中尚未建立起完善的技术规范与伦理保障体系,制约了技术红利真正惠及老年群体。

5 国际经验与中国优化路径

5.1 国际经验的适应性改造

国家	核心机制	中国要借鉴要点
德国	“多代同堂”社区	通过税收优惠激励年轻家庭入住养老社区
新加坡	“乐龄健保”计划	强制公积金划拨部分资金购买护理保险
澳大利亚	“消费者主导型”拨款	将补贴直接发放给老人而非机构

5.2 中国优化路径

1) 制度创新层:破除体制壁垒,构建协同治理新格局
推行“养老服务负面清单”制度,明确政府兜底责任与市场运营边界。政府应重点承担医疗护理和失能老人基础照护等公共性强的领域;而生活服务和适老化产品开发则可向市场充分放开。实践中,北京市朝阳区通过试点“负面清单+服务外包”模式,将助浴、助洁等服务外包给专业企业,由政府进行质量监管,实现了服务效率提升 35% 的显著成效。

加快跨部门协同机制建设。以上海市“一网统管”平台为范例,建议构建全国统一的养老数据共享平台,整合民政、卫健、医保等多部门信息,实现“一人一档一码”的全周期动态管理。技术上,采用国际通行的 HL7 FHIR 医疗数据交换标准,保障跨系统的数据互联互通。此外,还需建立常态化的联席会议制度,由国务院老龄办牵头,定期召集民政、卫健、财政、住建等相关部门联合办公,重点协调解决医养结合床位设置等政策冲突问题,推动政策协同与执行效率的整体提升。

2) 资源配置层:精准匹配需求,优化要素供给结构

人力资本培育与激励机制。为破解老年护理“无人可用”的困境,通过专业教育体系与在职激励政策双轨推进;针对在职人员,推行职业津贴和积分落户激励,提升职业吸引力与社会认可度。空间资源配置与服务网络建设,以“15 分钟养老服务圈”为目标重构空间规划。新建社区强制按“每千人 500 m²”配建养老设施,与幼儿园、社区卫生服务中心

同步验收；存量资源通过改造闲置校舍和政企合作模式实现灵活利用。通过“强制配建+存量改造”双路径，优化养老服务供给结构，构建覆盖社区的高效养老设施。

3) 文化引导层：重塑价值认知，激活社会参与动能

互助养老模式创新与社会参与。依托“时间银行”构建新型代际互助机制，低龄老人（60-70岁）通过陪诊、代购等服务累积时间币（1小时=1时间币），80岁以上老人可兑换照护服务或转赠直系亲属使用。南京建邺区试点3年成效显著，注册会员达4.2万人，服务兑换率78%，节省财政支出1200万元，形成“助人即助己”的养老文化闭环。老龄化价值重构与代际共融实践。推行积极老龄化传播工程，央视《夕阳红》栏目增设“银发榜样”板块宣传钟南山（86岁仍参与抗疫科研）、姜淑梅（60岁学写作、80岁出书）等案例；社交媒体抖音、快手开设#不服老的你#话题，老年网红“时尚奶奶团”粉丝超2000万；代际共学计划促成老年人与青年技能交换，重塑“老有所为”的社会认知。

6 结论

本研究基于健康老龄化理论，系统分析了中国居家社区养老服务体系的结构性困境与优化路径。研究发现，当前体系主要面临三重矛盾：供需错配导致专业护理短缺与基础服务过剩并存，部门分割与标准冲突引发资源碎片化，技术赋能受限于成本压力与伦理风险。基于“个体能力—环境支持—服务响应”三维框架，实证揭示医疗护理渗透率低（32%）、智能设备使用效能不足（日活跃用户不足百人）等关键短板，反映出传统服务模式对超大规模老龄化需求的适应性不足。借鉴德国“多代同堂”、新加坡护理保险、澳大利亚消费者主导型补贴等国际经验，研究提出以“制度—资源—文化”协同为主线的优化路径：通过负面清单明确政企分工，依托数据共享打破部门壁垒；以15分钟养老服务圈重塑空间布局，完善职业激励机制缓解人才短缺；推动时间银行与代际共学，重塑老龄文化认知。

理论上，本研究丰富了健康老龄化理论的本土化应用，

构建了符合中国国情的评估体系；实践上，为政策制定提供了破除体制障碍、促进市场参与、提升技术适配性的对策建议。未来可进一步关注智慧养老伦理规制与农村养老支持政策的深化研究。

参考文献：

- [1] 陆杰华, 阮韵晨, 张莉. 健康老龄化的中国方案探讨：内涵、主要障碍及其方略[J]. 国家行政学院报, 2017,(05):40-47+145.
- [2] 甘录, 周绿林, 许兴龙. 社区居家养老服务高质量发展评价指标体系的构建研究[J]. 中国卫生政策研究, 2023,16(07):40-47.
- [3] 王宏禹, 王啸宇. 养护医三位一体：智慧社区居家精细化养老服务体系研究[J]. 武汉大学学报(哲学社会科学版), 2018,71(04):156-168.
- [4] Yu B, Han YH, Sun Y, et al. The community residents' NIMBY attitude on the construction of community ageing care service centres: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):93.
- [5] Shao Q, Yuan J, Lin J, et al. A SBM-DEA based performance evaluation and optimization for social organizations participating in community and home-based older care services. PLoS ONE. 2021;16(3):e0248474.
- [6] Szebehely M, Trydegård G B. Home care for older people in Sweden: A universal model in transition[J]. Health & Social Care in the Community, 2012, 20(3): 300-307.
- [7] 梁青青. 发达国家居家养老服务经验及对我国的借鉴[J]. 重庆理工大学学报(社会科学), 2021,35(11):135-140.
- [8] 陆杰华, 陈炫齐. 国际社会社区居家养老主要经验及对中国的借鉴启示[J]. 人口与健康, 2024,(04):8-11.

作者简介：杨启（2001.01），男，汉族，云南省红河哈尼族彝族自治州，云南民族大学政治与公共管理学院 云南省昆明市，硕士，研究方向：公共管理