

doi:10.3969/j.issn.1672-626x.2018.05.009

分层视角下老年人对养老机构医疗条件的需求

——基于武汉市12个城市社区调查

梁琼月¹, 袁妙彧²

(1. 中南财经政法大学 公共管理学院, 武汉 430073; 2. 湖北经济学院 法学院, 武汉 430205)

摘要:中国老年人口在经济、职业、健康等维度上存在分层现象,而分层带来的群体内部异质性直接体现为差异化的养老服务需求。课题组在武汉市6个中心城区,采取分层随机抽样的方法对600名60岁以上的社区居民进行问卷调查,建立了Mlogit模型,探究不同经济、职业、健康分层的老年人对养老机构医疗条件的需求差异。研究发现:随着收入的提高,老年群体更看重养老机构独立提供医疗服务的便利性;机关事业单位退休老人更支持养老院与社区卫生站合作;随着医疗支出的增加,老人更愿意选择与社区卫生站合作的养老院。据此,建议养老机构避免盲目设置医疗机构;加强社区医养结合能力建设;发挥政府引导作用。

关键词: 社会分层; 养老机构; 医疗需求; Mlogit

中图分类号: D632.1

文献标志码: A

文章编号: 1672-626X(2018)05-0082-07

一、引言及文献回顾

2017年底,我国60岁以上人口数量达到了2.41亿^①,人口老龄化进入加速发展阶段,老年人的医疗护理需求也日益突出。2013年起,国务院先后颁布了《关于加快发展养老服务业的若干意见》《关于促进健康服务业发展的若干意见》等文件,明确提出发展医养结合养老服务模式,支持养老机构开展医疗服务。但庞大的老年人口在收入、健康、职业等特征上存在异质性,这些差异是否会使老年群体表现出不同的医养结合服务需求?他们希望养老机构如何提供医疗服务呢?为此,本文将从社会分层视角出发,试图回答上述问题,为进一步优化养老与医疗资源配置,满足老年人多样化的医养需求提供依据。

(一)多样化的医养服务模式

“医养结合”主要是对医疗服务、社会日常照顾和长期护理服务的整合,旨在为老年人提供连续的、一体化的健康与养老服务^[1]。将分散化、碎片化的社会养老、医疗资源进行整合供给,不仅能满足老年群体需求,帮助改善他们的健康状况^[2],还有利于管理效率的提高^[3],具有社会效益和经济效益双重优势^[4]。

养老机构提供医疗服务的方式主要可分为两种:一是在养老机构内部设置医疗部门或机构,独立提供医疗服务;二是养老机构与医疗机构签约合作,建立绿色急救通道及转诊机制^[5]。关于养老机构独立开展医疗服务,又可再具体划分为两种形式:一是在养老机构内部配备医务室、医生,为入住的老年人提供基本的

收稿日期:2018-06-14

基金项目:中南财经政法大学研究生创新项目(201711265)

作者简介:梁琼月(1993-),女,广东深圳人,中南财经政法大学公共管理学院硕士研究生,研究方向为社会养老服务;袁妙彧(1975-),女,湖北武汉人,湖北经济学院副教授,管理学博士,研究方向为社会养老服务。

医疗服务;另一种是在机构内部设置康复医院、护理院、老年医院等专业医疗机构。相比较而言,配备医务室的方式门槛较低、易推广,但提供的服务较为简单;而设置医院的方式能提供更高质量的医疗服务,但需较大的经济投入^[6]。合作转诊的模式适用于集中度不高、规模经济不明显的中小养老机构和医疗机构,但存在双边治理、责任界限不明确等问题^[7]。

(二)老年人口分层下的医疗服务需求

人口分层源自于社会分层理论。社会分层(Social Stratification)是依据一定具有社会意义的属性,把一个社会的成员区分为高低有序的不同等级、层次的过程与现象^[8]。

在分层标准中,收入是最能区分不同社会阶层的标准。一是收入数据较容易在社会调查中获得,二是其他区分不同社会阶层的标准(如政治资源、文化资源、公民权利资源、人力资源等)均可由收入的多少来反映^[9]。在个人收入与医养结合服务需求的关系中,有研究证明老年人的收入与他们对医疗护理服务、生活照料服务的需求成正比^[10]。对医养结合服务支付意愿高的老人,对医疗服务的需求也更为强烈^[11]。

职业背景作为一个分层标准,可以起到透视社会的经济资源、组织资源和文化资源的分配结构及流动状况的作用,并可以直接决定经济收入并反映教育情况及社会地位^[12]。关于职业类型划分,存在多种标准。郑冰岛、吴晓刚(2013)将工作单位分为国有部门及私有部门,将职业分为管理人员、专业技术人员、办事人员、商业及服务业人员、体力劳动者、自雇佣者六类^[13]。冯雨竹(2015)根据退休前的职业特点将老年人划分为老年工人、干部、知识分子、农民阶层,并发现不同职业特点的老年人的医疗服务需求存在差异,如大部分老年工人对社区医疗服务项目有极大的需求,老年干部阶层鼓励社会组织办专业性的养老服务机构以提供专业的医疗护理服务^[14]。

在研究老年人养老需求时,健康状况是一个重要的衡量标准。较常见的标准是依据生活自理能力将老人划分为自助、介助、介护^[15]。一般来说,选择入住养老机构的老年人合并多种慢性病,健康状况较差,其对医疗卫生服务的需求普遍高于其他老年人群^[16],其中自评健康状况较差的老年人表现出更高的医养结合的需求^[17]。

综上,现有的研究成果为研究老年人的医疗服务需求提供了指导和借鉴,但仍有可探讨的空间。第一,已有学者从实证角度去分析老年人的医养结合需求,但关注点主要落在老年人是否具有医养结合需求,而关于老年人对养老机构不同的医养结合服务模式需求的研究较少;第二,现有研究大多将老年人视为一个整体,分析哪些因素会对老人的医养结合需求产生影响,但从分层化视角着手,探讨具有不同特征老年人是否存在差异化的医养结合服务需求的研究较少。

二、研究假设与研究设计

(一)研究假设

本文将从分层化视角切入,探讨老年群体收入、职业和健康三个分层维度对养老机构医疗服务条件需求的影响,并提出以下假设:

假设1:老年人的经济分层会对养老机构医疗服务的需求产生影响。老人收入越高,越可能选择医疗服务层次高的养老机构。

假设2:老年人职业分层会对养老机构医疗服务条件的需求产生影响。退休于机关事业单位的老年人退休金较为稳定,更可能支持医疗服务层次高的养老机构。

假设3:老年人健康分层会对养老机构医疗服务条件的需求产生影响。健康水平越差的老人,越可能选择医疗服务层次高的养老机构。

(二)数据来源

本文的数据来源于课题组2017年在湖北省武汉市的实地调查。该调查覆盖了武汉市洪山区、武昌区、江汉区、汉阳区、青山区、硚口区共6个中心城区,洪山区邮科院社区、武昌区东亭社区、江汉区中大社区等12个城市社区。调查对象通过分层随机抽样的方法选取,首先在每个中心城区随机抽取2个城市社区,再在每个抽到的社区中随机抽取50名60岁以上的社区居民,共有600名老年社区居民接受调查。经过数据清理,共得到523份有效问卷。在正式调查前,发放了50份问卷进行试调研,所有调查员均经过专业培训。

(三)样本描述

在老人对养老机构医疗条件的偏好中,46.55%的老人希望养老机构有自己的医务室,配备专业医生,33.00%的老人希望养老机构建有自己的医院,也有20.45%的老人认为养老机构可以与社区卫生站进行合作,借助社区医疗资源提供服务。

受访者以女性为主(70.00%)。年龄在60~74岁之间的老人居多,其中60~64岁占比为31.90%,65~74岁占比为42.10%,85岁以上老人占比为5.90%。在文化程度方面,以初中为主,占比33.30%,其次是高中,占比27.90%,大专及以上学历占比13.00%。居住方式中,一半以上的老人没有与子女同住,独居老人占比为16.30%,仅与配偶居住为43.40%。子女数目方面,受访老人平均子女数为1.96人。关于经济状况,本文将月收入在2300元及以下水平定义为低收入,2301~3500元定义为中等收入,3501元及以上的定义为高收入,被调查老人的本人月收入从低到高分别占比44.85%、41.30%、13.90%,被调查老人的配偶月收入从低到高分别占比51.60%、31.70%、16.70%。在老人退休前的工作机构性质方面,以国有及国有控股企业、集体企业为主,占比为61.60%,机关团体事业单位老人占比12.60%,私营企业和其他类型单位老人占比25.80%。在健康方面,自评健康状况为“一般”和“比较健康”的老人居多,分别占比34.55%和39.73%。去年一年医疗费用支出在1000元及以下的占比为33.70%,1001~3000元的占比为27.70%,1万元以上的为13.00%。

(四)研究设计

1. 模型选择

模型的因变量“养老机构医疗服务条件”为无序多分类变量,故采用多项logit模型(Mlogit)。

2. 因变量

依据养老机构医疗服务条件的不同,分为养老机构与社区卫生站合作提供医疗服务、机构内置医务室(有医生)提供服务、机构内部建立医院提供服务3个类别。其中,“与社区卫生站合作”属于医养结合的“合作转诊”模式,内置医务室及建有医院属于医养结合的“以养融医”模式。

3. 自变量

(1)经济分层变量

经济分层变量包括受访者与配偶双方的月收入水平,分为低收入水平(0~2300元)、中等收入水平(2301~3500元)、高收入水平(3501元及以上)。其中配偶离异或配偶去世的月收入归入配偶低收入水平。2300元是武汉市2017年的平均退休金水平,3500元是个人所得税起征点。

(2)职业分层变量

职业分层变量以受访者“退休前所在的工作机构的性质”进行测量,分别是“机关团体事业单位”、“国有及国有控股企业、集体企业”及“私营企业和其他类型单位”。选择以工作机构性质而不以具体职业类别衡量,主要是考虑到退休金的差异。我国在2015年开始进行养老保险双轨制改革。对于大多数在改革前已退休或临近退休的老年人,在退休金方面客观存在制度及待遇差异。机关事业单位的老人无需参保,退休金由财政统一筹资、统一支付,而国有及国有控股企业退休人员需参加城镇职工基本养老保险,私营企业和其他类型单位主要参加城镇职工基本养老保险或城市居民社会养老保险,企业职工或其他人员的退休金待遇远低于机关事业单位。

(3)健康分层变量

健康分层变量由受访者的自评健康及去年一年医疗费用支出两个部分构成。自评健康由老年人从主观上对自己的身体状况进行评估,从“很不健康”到“非常健康”共有5个等级。而去年医疗费用支出以客观的数值反映老人的健康状况,从“1000元及以下”到“1万元以上”也分成5个等级。

参照已有研究,将一些可能影响老人医疗服务需求的变量,如性别、年龄、子女数量、文化程度、居住状况,作为控制变量纳入到模型中。综上,研究设计见表1。

表1 变量的定义及描述性统计

变量名	定义	均值	标准差	最小值	最大值
因变量					
养老机构的医疗条件	与社区卫生站合作为1,机构内置医务室(配有医生)为2,机构建有医院为3	2.1218	0.7181	1	3
自变量					
收入分层变量					
个人月收入	低收入	0.4469	0.4977	0	1
	中等收入	0.4128	0.4928	0	1
	高收入	0.1403	0.3476	0	1
配偶月收入	低收入	0.5170	0.5002	0	1
	中等收入	0.3146	0.4648	0	1
	高收入	0.1683	0.3745	0	1
职业分层变量					
退休前工作机构的性质	私营企业和其他类型单位	0.2525	0.4349	0	1
	国有及国有控股企业、集体企业	0.6232	0.4851	0	1
	机关团体事业单位	0.1242	0.3302	0	1
健康分层变量					
自评健康	很不健康为1,比较不健康为2,一般为3,比较健康为4,很不健康为5	3.2926	0.9392	1	5
去年的医疗费用支出	1000元及以下	0.3327	0.4716	0	1
	1001~3000元	0.2766	0.4477	0	1
	3001~5000元	0.1643	0.3709	0	1
	5001~10000元	0.0962	0.2952	0	1
	1万元及以上	0.1303	0.3369	0	1
控制变量					
性别	男性为1,女性为0	0.2926	0.4554	0	1
年龄	60~64岁	0.3166	0.4656	0	1
	65~74岁	0.4269	0.4951	0	1
	75~84岁	0.2024	0.4022	0	1
	85岁及以上	0.0541	0.2265	0	1
文化程度	小学及以下	0.2465	0.4314	0	1
	初中	0.3427	0.4751	0	1
	高中/中专/技校	0.2786	0.4487	0	1
	大专及以上	0.1323	0.3391	0	1
子女数目	无子女为0,1为1人,2为2人,以此类推	1.9719	1.2037	0	8
居住方式	独居	0.1563	0.3635	0	1
	与配偶,不与子女	0.4329	0.4960	0	1
	与子女,不与配偶	0.2144	0.4108	0	1
	与配偶,子女一起	0.1964	0.3977	0	1

三、实证结果分析

表2说明了老年人分层变量对养老机构医疗服务条件的影响,表格汇报了回归系数,同时软件还计算出了相对风险比(Relative Risk Ratios),RRR为回归系数的指数。在因变量中,医疗服务的可及性及便捷性从“与社区卫生站合作”、“机构设医务室(配有医生)”到“机构内建有医院”依次递增,其中养老院与社区卫生站合作属于“合作转诊型”医养结合模式,而养老院设置医务室、建医院均属于“以养融医型”医养结合模式,在模型中我们选择将养老机构“与社区卫生站合作”作为对照组。

在给定显著性水平0.1的条件下,自变量经济、职业以及健康分层变量均对医疗条件的选择具有显著影响。

表2 对养老机构医疗条件的需求(以“与社区卫生站合作”为参照组)

变量	机构内置医务室(配有医生)		建有医院	
	系数(标准误)	P值	系数(标准误)	P值
本人健康状况	0.028 (0.14)	0.841	0.15 (0.15)	0.325
去年医疗支出(参照组:1000元以下)				
1001~3000	-0.54 (0.34)	0.116	-1.27*** (0.38)	0.001
3001~5000	-0.33 (0.41)	0.42	-0.64(0.42)	0.130
5001~10000	-0.60 (0.46)	0.198	-1.32** (0.52)	0.011
医疗费大于10000	-0.28 (0.46)	0.536	-0.51(0.48)	0.281
个人收入(参照组:个人收入低)				
个人收入中等	-0.066 (0.30)	0.827	0.21 (0.33)	0.514
个人收入高	1.02* (0.54)	0.062	0.63 (0.58)	0.283
配偶收入(参照组:配偶收入低)				
配偶收入中	0.35 (0.34)	0.311	0.36 (0.39)	0.350
配偶收入高	1.05** (0.51)	0.04	1.45*** (0.54)	0.007
职业(参照组:私营企业或其他)				
国有/集体企业	-0.069 (0.33)	0.834	0.31 (0.37)	0.402
机关团体事业单位	-1.56*** (0.53)	0.003	-0.18 (0.52)	0.733
性别	-0.21 (0.29)	0.464	-0.42 (0.32)	0.189
年龄(参照组65~74岁)				
60~64岁	-0.68** (0.32)	0.034	-0.72** (0.35)	0.039
75~84岁	0.42 (0.40)	0.289	0.31 (0.43)	0.466
85岁及以上	-0.70 (0.76)	0.361	0.92 (0.66)	0.165
教育程度(参照组:初中)				
小学及以下	-0.40 (0.37)	0.284	-0.25 (0.40)	0.526
高中/中专/技校	-0.082 (0.35)	0.815	-0.18 (0.38)	0.631
大专及以上	-0.29 (0.44)	0.511	-0.13 (0.47)	0.789
子女数量	-0.28* (0.15)	0.057	-0.42*** (0.16)	0.008
居住状况(参照组:与配偶或子女同住)				
独居	-0.064 (0.47)	0.893	0.20 (0.52)	0.706
与配偶,不与子女	-0.51 (0.37)	0.165	-0.61 (0.40)	0.134
与子女,不与配偶	-0.15 (0.46)	0.752	0.60 (0.49)	0.223
Constant	2.19*** (0.79)	0.006	1.27 (0.86)	0.142
Prob > chi2 =	0.0002			
Pseudo R2 =	0.0855			

注:*、**、***分别表示 $p < 0.1$, $p < 0.05$, $p < 0.01$

(一)高收入老人更支持“以养融医”模式

在控制了模型的其他变量后,经济分层自变量中本人月均收入及配偶月均收入都对老年人的医疗条件需求产生影响。相对于低收入老人,对本人及配偶收入高的老人来说,养老机构内置医务室或建医院的“以养融医”模式比与社区卫生站合作的“合作转诊”模式更具吸引力。个人收入高的老人与个人收入低的老人在选择机构内置医务室和与卫生站合作时,选择内置医务室的相对风险比为2.77($P<0.1$);配偶收入高的老人与配偶收入低的老人在内置医务室和与卫生站合作之间,选择内置医务室的相对风险比为2.85($P<0.05$);而配偶收入高的老人与配偶收入低的老人在养老机构建医院和与卫生站合作之间,选择机构建医院的相对风险比为4.27($P<0.01$)。可能的原因是:比起外部的医护人员,养老机构院内部的专业医护人员能更及时地掌握老人的健康状况变化,及早地发现、控制及干预老年人病情,降低意外风险。此外,常驻的专业人员还能老人提供日常的康复训练、预防保健服务,最大限度地满足老年人的护理需求。而高质量服务与高收费标准对应,提供专业医护服务的养老院对消费群体的经济基础有一定要求,更容易被高收入群体接受。

(二)机关单位退休老人支持社区医养资源的整合

在职业分层自变量中,相对于私企退休老人,机关事业单位退休老人在机构设医务室和机构与社区卫生站合作之间选择时,选择机构设医务室的相对风险比是0.21($P<0.01$)。说明在医疗服务的供给方面,比起养老院独立提供,机关事业单位退休老人更为接受由社区卫生站提供服务,拒绝了原假设。原因可能在于:在机关事业单位人员密集的社区,社区的公共设施及基层医疗服务机构的发展较为成熟,合作转诊的医养结合方式已能满足老人的医护需求。

(三)医疗支出的增加并未使老人更偏好“以养融医”模式

健康分层结果表明,老年人对养老机构医疗条件的看法不受自我健康评价的影响,但与去年医疗费用支出有关,说明医疗费用支出变量可作为对健康状况的补充,从更客观的角度反映健康对医疗服务需求的影响。相对于去年医疗支出低于1000元的老人,在1001~3000元和5001~10000元的老人选择养老机构建医院与养老机构与社区卫生站合作的相对风险比分别为0.28($p<0.01$)和0.27($p<0.05$)。这说明医疗支出水平高的老人并未因为健康水平的可能下降而偏好“以养融医”模式,反而更认同“合作转诊”模式。

其他变量的实证结果同样值得关注。第一,在年龄变量中,相对于65~74岁老人而言,60~64岁的低龄老年人比起养老院设立医疗部门更支持养老院与社区卫生站合作。可能是由于60~64岁的老人处于老年初期,身体机能较好,不必过多考虑医疗照料需求,社区卫生站为机构入住老人提供的转诊就医服务,已能较好地满足老人的医疗需求。第二,子女数量多的老年人较之养老院设立医疗部门的“以养融医”模式,也更支持养老院与社区卫生站合作。

四、结论与建议

基于武汉市城市社区的调查数据,本文建立Mlogit模型,研究了老年人的经济、职业、健康分层对于养老机构医疗条件选择的影响。研究发现:相对于低收入老人,收入较高的老人群体更看重医疗服务供给的便捷性,支持养老院设医务室或建医院的“以养融医”模式。而机关事业单位退休老人比起由养老院独立提供医疗服务,更支持养老院与社区卫生站合作。在健康层面,老年人对养老机构内部医疗条件的需求并不随医疗支出的增加而上升,反而更支持合作转诊型的养老机构。此外,合作转诊模式也获得了低龄老人以及子女数目较多的老人的青睐。

基于上述分析提出如下建议。第一,养老机构应避免盲目设置医疗机构。养老机构可通过提供高层次的医疗服务吸引高收入客户,提高市场竞争力。但若是所有养老机构均盲目设立医疗机构,不仅不利于机

构自身的后续发展,还易将其成本转为费用,增加老年人的经济负担,抑制老年人对养老服务的利用。第二,加强社区医养结合能力建设,引导社区医疗资源进入养老院。对于自身能力不足以独立提供医疗服务的养老机构,可与周边或社区医疗机构进行合作,开辟绿色转诊通道,满足入住老人的医疗服务需求。第三,在资源整合规划中,政府应充分发挥引导作用,并制定相应的优惠政策,正确引导与规制养老机构医养结合的发展。

注 释:

① 数据来源于新华网 www.xinhuanet.com/health/2018-02/27/c_1122457257.htm,2018-02-27。

参考文献:

- [1] 耿爱生,王珂.英国“医养结合”的经验与启示[J].华东理工大学学报(社会科学版),2016,(5):87-94.
- [2] 吴炳义,李娟,马晨.医养结合养老机构老年人医疗服务评价及影响因素分析——基于山东省的实证研究[J].中国卫生政策研究,2016,(6):51-55.
- [3] Grone O, Garcia-Barbero M. Trends in Integrated Care: Reflections on Conceptual Issues[R]. Copenhagen: World Health Organization, 2002.
- [4] 戴伟,张霄艳,孙晓伟.大健康理念下的“医养结合”模式[J].中国社会保障,2015,(10):82-83.
- [5] 李长远,张举国.我国医养结合养老服务的典型模式及优化策略[J].求实,2017,(7):68-79.
- [6] 王文洁,张拓红.医养结合需求与医疗资源配置的关系浅析[J].中国卫生事业管理,2016,(9):651-653.
- [7] 刘清发,孙瑞玲.嵌入性视角下的医养结合养老模式初探[J].西北人口,2014,(6):94-97.
- [8] 郑杭生.社会学概论新修[M].北京:中国人民大学出版社,2003:217.
- [9] 陈茗,陈长龙,王海龙.社会分层视野下的老年人幸福度研究——基于厦门市老年人的调查[J].西北人口,2015,(2):72-76.
- [10] Hussem A. The Ability to Pay for Long - Term Care in the Netherlands: A Life - Cycle Perspective[J].De Economist, 2016, 164(2):1 - 26.
- [11] 秦立建,童莹.医养结合养老模式的支付意愿影响因素研究[J].统计与信息论坛,2017,(9):107-114.
- [12] 李强,王昊.中国社会分层结构的四个世界[J].社会科学战线,2014,(9):174-187.
- [13] 郑冰岛,吴晓刚.户口、“农转非”与中国城市居民中的收入不平等[J].社会学研究,2013,(1):160-181.
- [14] 冯雨竹.我国不同层次老年人的养老需求及对策研究[D].济南:山东财经大学,2015.
- [15] 中华人民共和国行业标准——老年人社会福利机构基本规范[EB/OL].<http://shfl.mca.gov.cn/article/zcfg/zcfga/200807/20080700018535.shtml>,2008-07-18.
- [16] 路锦非.中国老龄化高峰期对养老设施和医疗设施的需求——以上海市为例[J].现代经济探讨,2013,(1):45-49.
- [17] 李秀明,冯泽永,成秋嫫,王霞,冯丹.重庆市主城区老年人医养结合需求情况及影响因素研究[J].中国全科医学,2016,(10):1199-1203.

(责任编辑:卢 君)