

公共治理评论

PG 上海财经大学公共政策与治理研究院

2017 (1)

专题讨论：长期护理保险

城市失能老人长期护理保险制度完善研究

——基于上海市K街道高龄老人医疗护理计划的调查

龚秀全 钱思寒

中国试点地区长期护理保险制度的比较与思考

——基于五个试点地区的政策文本分析

程煜 沈亦骏

德国长期护理保险22年：何以建成，何以可存，何以可行？

刘涛 汪超

长期照护保险和医疗保险的关系及演变：荷兰的经验和启示

胡苏云

公共政策

我国老年津贴政策的区域差异化分析

钟仁耀 宋雪程

财政支持“医养结合”模式的政策设计

鲁於 程煜

替代率目标水平下地方居民养老金标准及调整机制研究

郭光芝

公共管理

养老服务购买意愿、社区居家服务效能及影响因素的关系研究

郝勇

城乡社会养老服务需求预测研究

——医养结合的视角

杨贞贞 米红

论养老机构分类管理与公办养老机构改革

——基于上海市的研究

陈芳芳 杨翠迎

012 /
017.1

PUBLIC
GOVERNANCE
REVIEW

公共治理评论

2017(1)

上海财经大学公共政策与治理研究院

 上海财经大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

公共治理评论.2017.1/上海财经大学公共政策与治理研究院编.
—上海:上海财经大学出版社,2017.11
ISBN 978-7-5642-2867-5/F·2867

I.①公… II.①上… III.①公共管理-文集 IV.①D035-53

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 287486 号

□ 责任编辑 江 玉

□ 封面设计 张克瑶

GONGGONG ZHILI PINGLUN

公 共 治 理 评 论

2017(1)

上海财经大学公共政策与治理研究院

上海财经大学出版社出版发行

(上海市中山北一路 369 号 邮编 200083)

网 址: <http://www.sufep.com>

电子邮箱: webmaster@sufep.com

全国新华书店经销

上海华业装潢印刷厂印刷装订

2017 年 11 月第 1 版 2017 年 11 月第 1 次印刷

787mm×1092mm 1/16 8.5 印张(插页:2) 191 千字
定价:68.00 元

公共治理评论

PUBLIC GOVERNANCE REVIEW

目 录

CONTENTS

专题讨论：长期护理保险

城市失能老人长期护理保险制度完善研究

——基于上海市 K 街道高龄老人医疗护理计划的调查

龚秀全 钱思寒(3)

中国试点地区长期护理保险制度的比较与思考

——基于五个试点地区的政策文本分析

程 煜 沈亦骏(15)

德国长期护理保险 22 年：何以建成，何以可存，何以可行？

刘 涛 汪 超(25)

长期照护保险和医疗保险的关系及演变：荷兰的经验和启示

胡苏云(40)

公共政策

我国老年津贴政策的区域差异化分析

钟仁耀 宋雪程(53)

财政支持“医养结合”模式的政策设计

鲁 於 程 煜(70)

替代率目标水平下地方居民养老金标准及调整机制研究

郭光芝(78)

公共管理

养老服务购买意愿、社区居家服务效能及影响因素的关系研究

郝 勇(93)

城乡社会养老服务需求预测研究

——医养结合的视角

杨贞贞 米 红(109)

论养老机构分类管理与公办养老机构改革

——基于上海市的研究

陈芳芳 杨翠迎(120)

PUBLIC

COVERAGE

专题讨论：长期护理保险

CONCLUSION

REVIEW

城市失能老人长期护理保险制度完善研究

——基于上海市 K 街道高龄老人医疗护理计划的调查

龚秀全 钱思寒

摘要：上海高龄老人医疗护理计划在循序渐进扩大试点范围、统一需求评估、统一信息管理平台的搭建以及居家、养老、护理各级设施间的转介方面独具特色，在减轻家庭照料压力、减轻护理服务经济负担、统一照护等级以及便利转介方面初有成效。然而，政策实施过程中也存在着一些问题，主要包括：申请动力不足，保障范围有限，服务有效供给不足，以及医疗护理床位紧张情况未缓解等。高龄老人医疗护理计划缺乏稳定的资金来源，缺乏政策间的整合，在支持补贴性政策方面也有待完善，且专业护理人才短缺，护理机构间缺乏竞争性的服务机制。在高龄老人医疗护理计划试点基础上，上海试点长期护理保险制度。但长期护理保险制度仍需要从制度模式、服务供给、政策支持等方面进行完善。

关键词：失能老人 高龄老人医疗护理计划 长期护理保险 制度完善



2016 年，人力资源和社会保障部办公厅出台《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》后，全国多地开展了长期护理保险的试点。不过，早在 2012 年 7 月，青岛在全国范围内率先试行社会长期护理保险，上海也于 2013 年 7 月开始探索建立高龄老人医疗护理计划。本文旨在调查基础上，分析上海高龄老人医疗护理计划的运行流程、特点与特色、实施效果、存在的问题及成因，为我国探索完善长期护理保险制度提供参考。

一、上海高龄老人医疗护理计划的特点与特色

（一）政策概况

2013 年 7 月，上海出台《关于本市开展高龄老人医疗护理计划试点工作的意见》（沪府办〔2013〕38 号），开始开展高龄老人医疗护理计划试点。该政策的主要内容梳理如下：

1. 保障对象

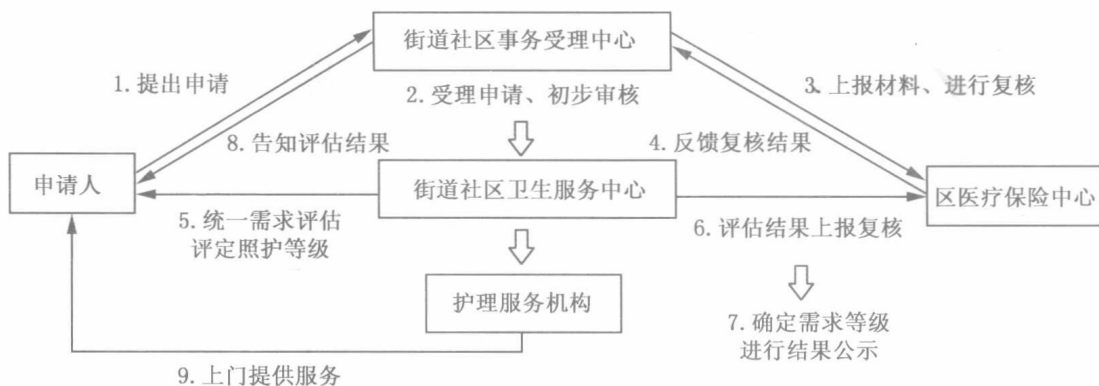
本市户籍，70 周岁以上，参加了城镇职工基本医疗保险的居家老年人均为高龄老人医疗护理计划的保障对象。

2. 资金来源

高龄老人医疗护理计划实行医疗保险基金支付医疗护理费用的方式,单位和个人无需另外缴费。

3. 操作流程

具体操作流程可见图 1。符合条件的老年人可自愿提出申请,街道社区事务受理中心受理申请后,上报材料至区医保中心,根据申请人递交的材料信息(包含户籍情况、医疗保险情况、经济情况、过往病史等)进行审核。审核通过后,反馈给相应街道,由经过培训的专业评估人员(一般为社区卫生服务中心的全科医生等)根据《上海市老年照护需求评估调查表》,从老人的健康状况、生活自理能力、认知能力等多个维度,综合评估老年护理需求等级,并形成护理需求等级初评报告,上报区医疗保险中心复核。复核通过,则确定护理等级评定结果。评估结果由街道告知老人及家庭,并将在统一养老服务信息管理平台进行为期一周的网上公示。公示结果无异议的,老人可向护理服务机构提出服务申请,护理站与老人家庭对接,制订服务方案,并开始提供上门服务。



资料来源:根据政策文本绘出。

图 1 上海高龄老人医疗护理计划服务运行流程

4. 服务模式与内容

服务模式主要为上门提供一定时长的护理服务。根据规定,照护等级 2 级及以上的老人方可享受服务,并根据其实际身体情况和生活自理情况,服务频次限定在:轻度每周 3 小时,中度每周 5 小时,重度每周 7 小时。服务内容主要涵盖基础护理和临床护理两个方面,其中基础护理包括整理及更换床单、个人清洁、饮食照料、排泄护理、压疮预防及护理、移动安全保护等,临床护理包括生命体征监测,以及按医嘱进行导尿、鼻饲、灌肠、血糖监测、口服给药、静脉血标本采集、肌肉注射、皮下皮内注射、物理降温等。

5. 费用支付

在服务计价方面,由护理员上门提供服务的,按照每小时 65 元计费,由执证护士上门提供服务的,按照每小时 80 元计费。在高龄老人医疗护理计划下,护理费用由医保支付 90%,个人自付 10%。使用药品和医疗耗材的,按照规定另行收费。符合民政医疗救助的,可以在此基础上享受一定的补贴。

(二)上海高龄老人医疗护理计划与青岛长期医疗护理制度的比较

作为国内首个试行长期医疗护理保险并实现城乡医保统筹的地区，青岛经过 4 年多的实践，制度相对完善。同样是重点保障失能老年群体的制度，上海模式与青岛模式有相似也有不同。通过对两种制度的比较，可以看出，无论是青岛的长期护理保险制度还是上海的高龄老人医疗护理计划，都以失能群体为主要保障对象，根据需求评估判定申请人的身体情况与自理能力，通过医疗保险基金支付护理费用，提供不同等级和类型的护理服务。但两种制度在具体操作上仍存在很多差异，具体内容如表 1 所示。

表 1 青岛与上海两地区医疗护理保障制度比较

	青岛长期医疗护理保险制度	上海高龄老人医疗护理计划
保障对象	全部城镇职工医疗保险和城乡居民医疗保险参保人	70 周岁及以上上海户籍的居家老人
资金来源	从医保基金中按一定比例划拨 ^① ，分别形成专门的职工长期护理保险基金和居民长期护理保险基金，单独核算、专款专用，个人和单位无需缴费	个人和单位无需缴费，产生的费用直接从医保基金中进行报销
享受服务的资格	评估申请人的自理能力，低于 60 分的可享受服务	进行统一需求评估，根据自理能力将照护等级分为 6 个等级，照护 2 级及以上可享受服务
服务内容	根据失能老人需求，分为“专护”、“院护”、“家护”、“巡护”四种类型；医院专护主要针对重症失能老人，护理院护理主要针对终末期老人，居家护理针对愿意在家中接受护理的老人，社区（镇村）巡护主要针对农村老人上门巡护	以居家上门护理为主，根据失能老人失能等级，限定了每周服务时长；护理服务涵盖基础护理和临床护理；如老人有入住机构的需要，满足条件的可以申请轮候
服务模式	以日为单位，实行床位定额包干 ^②	以小时为单位提供上门护理服务
费用报销	医院“专护”报销 90%，其他三类报销 96%	医保报销 90%，个人自付 10%

注：①划分标准为：城镇职工护理保险基金于每月的月底，从医保统筹基金中划转当月职工医保个人账户计入比例 0.2% 的资金量的 2 倍，城镇居民护理保险基金以上一年度城镇居民人均可支配收入为基数，按 0.2% 的比例从医保统筹基金中划转。同时，市财政每年从福利公益金划转 2 000 万元作为资金补充。2015 年统筹城乡医疗保险之后，则实行从城镇职工基本医疗保险历年结余基金一次性划转 20% 作为启动资金，职工按个人账户计入基数 0.5 个百分点，从医保统筹基金中划入（每年约 5 亿元），城乡居民按当年基本医疗保险筹资总额的 10% 划入（每年约 3 亿元）。

②“专护”按每床每日 170 元的价格包干，“院护”按每床每日 65 元的价格包干，“家护”按每床每日 50 元的价格包干。

资料来源：根据政策内容绘出。

(三)上海高龄老人医疗护理计划特色之处

1. 循序渐进扩大试点范围

高龄老人医疗护理计划自试点开始后，处于不断完善的过程中，如表 2 所示。从一开始的明确定位，到后来逐渐放宽条件，扩大试点范围，主动了解并顺应民众的需求是上海市高龄老人医疗护理计划的一大特点。

表 2 上海高龄老人医疗护理计划试点拓展情况

	试点初期	2016 年 5 月 1 日起
试点街镇范围	3 个区 6 个街镇	逐步扩大覆盖至全市范围
保障对象年龄	80 周岁及以上	70 周岁及以上
服务频次和时长	轻度失能:每周 1 小时 中度失能:每周 2 小时 重度失能:每周 5 小时	轻度失能:每周 3 小时 中度失能:每周 5 小时 重度失能:每周 7 小时
医疗保险基金及 个人费用分摊比例	医疗保险基金支付 80% 个人自付 20%	医疗保险基金支付 90% 个人自付 10%

资料来源:根据政策文本绘出。

2. 统一需求评估确立照护等级

上海市社会养老服务体系建设领导小组办公室于 2014 年 12 月印发《上海市开展老年照护统一需求评估体系建设试点工作意见(试行)》、《上海市老年照护统一需求评估办法(试行)》等文件,在随后的时间里,将原本民政部门的《上海市老年照护等级评估要求》、卫生部门的《上海市老年护理医院出入院标准》以及医疗保险部门的《高龄老人医疗护理需求评估管理规范(试行)》进行了整合,形成了统一的《上海市老年照护需求评估调查表》,使得老年照护需求评估有了统一的标准可遵循。对于病情稳定的失能老人,经过评估确立的照护等级,也可以在各级护理服务的申请过程中作为基础信息统一适用,避免了重复审核带来的资源浪费,也减少了不少麻烦。

3. 统一信息管理,实现资源互通

自 2015 年起,上海市开始推进市级需求评估信息管理系统建设。徐汇区作为首批示范区域,较早地完成了统一养老服务信息管理平台的搭建。信息平台实际涵盖了信息管理和服务提供两个方面,包含政策咨询、服务设施、服务申请、服务管理、结果查询、每周公示以及留言区域共 7 个板块。

对民众而言,信息管理平台可以方便快捷地查询到政策内容、服务设施、公示情况等信息,有任何意见也可以通过留言进行反馈。对各街道而言,信息管理平台整合了居家养老服务、养老机构服务、护理机构服务的信息,街道社区卫生服务中心也都有各自的账号,可以看到当前提交申请的老人情况、他们目前正在享受的服务类型、设施床位数占用情况、轮候情况等,有利于提升综合管理水平和管理效率。

4. 做好居家、养老、护理各级设施间的转介

基于统一照护需求评估和统一养老服务信息管理平台的建立,上海市在服务转介方面也形成初步的流程体系。由于公立养老院、护理院床位紧张,目前想要入住这一类的养老设施均需要申请轮候。依照照护需求等级,经评估,居家失能老人中照护等级达到 3 级至 5 级、无精神疾患、病情稳定的老年人可申请轮候入住公办养老机构,照护等级达到 6 级的失能老人可申请轮候入住老年护理机构。同时,为了避免“压床”现象发生,对于入住老年护理院的 6 级失能老人,入住 3 个月后会安排护理等级的重新评估,一旦评估结果有所好转(如变为照护 5 级),则安排其转移至养老机构或者家中,从而腾出床位给轮候系统中

其他正在排队的老人，提升老年护理院的病床周转率。

二、上海高龄老人医疗护理保障计划试点效果分析

本文通过个案访谈的形式，收集试点政策服务对保障对象需求的满足情况，反映政策试点效果，共访谈失能老人个案 8 例（包括重度失能 5 例，中轻度失能 3 例），访谈失能老人本人及主要照料人 10 人、街道社区卫生服务中心科长 1 人、家庭医生 1 人，共计 12 人。

（一）政策实施成效

1. 上门服务减轻家庭照料压力

对于居家养老的失能老人来说，最普遍的需求集中在翻身扶抱、身体清洁、排泄协助、压疮护理等基础护理方面，而这些基础性的护理是每天必须面对又十分消耗体力的。对于仅由家庭成员自行照料失能老人的家庭来说，普遍觉得照护压力巨大，且不少人还需要同时处理其他的家务劳动，时间安排上也十分紧张。

案例 01：顾某，男，89 岁，照护 6 级，半失智，访谈了照料人（二女儿，54 岁）

（老人）完全卧床不起，吃喝拉撒睡都要在床上，几乎全部是我一个人照顾，又要做饭喂他吃，又要翻身擦洗，屎尿都在床上，床单也很容易脏，经常要换下来洗。我又擦洗得仔细，每天上午光帮他翻过来翻过去全身擦一遍就要一个小时，还要烧饭，整个上午时间特别紧，就跟打仗一样。

另外，目前家庭照护的主要责任还是落在失能老人的配偶或子女身上，而高龄失能老人的配偶也年事已高，子女也已开始步入老年，都有着这样或那样的身体不适，很多对年轻人来说问题不大的日常照料内容，对他们来说也需要提供帮助，尤其是洗澡、更换床单这类需要让老人脱离床位的活动，更是困难。

案例 05：王某，女，86 岁，照护 5 级，访谈了其照料人（儿子，63 岁）

照顾上面最困难的地方是老太太不方便动，洗澡很麻烦，之前想请个人专门做这件事情，一是因为我一个男的不方便，二是我爱人也 60 岁了，照顾日常还可以，洗澡她也搞不动。但是大部分家政阿姨都是做饭打扫卫生，单纯请人只做这个，人家嫌一星期一次赚得太少，找不到合适的人。

案例 06—1：汪某，女，77 岁，照护 4 级，访谈了其照料人（配偶，81 岁）

我年纪也大了，老伴大部分时间需要卧床休息，照顾什么的我也不在行，家务我也做得不好。最困难的啊，洗澡洗不了。还有就是隔段时间总要换条床单吧，要把她弄起来去那边椅子上坐着，然后我再换，换好再把她弄回床上，搞搞也要一个小时，满头大汗的。我家这个还能自己走走的，有些人家完全动弹不了的，真是辛苦哦。

而谈及接受上门服务之后的变化，普遍集中在“有个人搭把手”，“可以安心做别的事情”上面。

案例 01：顾某，男，89 岁，照护 6 级，半失智，访谈了照料人（二女儿，54 岁）

有个人上门帮忙总归是能减轻一些压力的咯。我们现在是每天固定时间，早上 10:00—11:00，有阿姨（护理员）上门，帮忙做翻身啊擦洗啊换换尿垫之类的。

这一部分交给阿姨做之后,我就可以安心在厨房里做饭了,相对来说从容点。

2. 医保报销减轻经济压力

相比此前医保明确将护理费用排除在报销范围外的做法,高龄老人医疗护理计划将居家护理服务纳入医保基金支付,对享受服务的家庭来说,可谓是个福音。且相比自雇保姆或钟点工,当前政策下自付10%的比例也是相对合理、能够接受的,按此标准享受服务,不会给老年人家庭带来巨大的经济负担。

案例 05:王某,女,86岁,照护5级,访谈了其照料人(儿子,63岁)

有人上门服务,医保还能给报大头,很好了,本来我们也是想请个小时工的,自己请肯定不是这个价钱。

3. 统一需求评估方便服务转介

原先老人在享受居家养老服务、入住公办养老机构、入住护理院时都需要接受其各自的自理能力评估。实行统一需求评估之后,评定的照护等级可以在享受各项服务时作为统一的依据,避免了重复评估给老人带来麻烦,同时,减少一个步骤也缩短了申请的等待时间。这一点也是大部分老人及家属比较欣赏的做法。

案例 03-1:李某,男,79岁,目前住街道护理院,访谈了其照料人(配偶,73岁)

以前听人家讲,她们那个居家养老评估过了,后来想住护理院又要评估一次,很麻烦的。我们这次没有,因为之前在家评了6级,说是现在都能查到记录,直接申请排队就可以了,没有做二次检查,不然又要等检查结果出来才能申请,本来就要排很长时间队。

(二)政策实施过程中面临的主要问题

尽管高龄老人医疗护理计划的实施取得了一些成效,但我们在实际调研过程中也发现,政策当前实际申请率并不高。以K街道为例,自2014年12月开始试点以来,仅127人提出了申请,其中通过区医保中心初步审核并完成统一需求评估的有96人,经评估符合条件的为89人(其中重度55人,中度19人,轻度15人),还有部分完成需求评估的老人放弃上门服务,共计提供上门服务的人数仅76人。这大概只占到该街道失能老人总数的4%左右^①。总体来看,当前政策面临的主要问题如下:

1. 服务有效供给不足

在与失能老人及家庭的交谈中,我们发现,对于长期护理项目的开展,居民本身是有所期待的,原以为可以享受专业化的护理服务,弥补照料过程中的欠缺。但就目前所接受到的服务来看,主要集中在翻身、个人清洁等基础护理的模块,对临床护理的利用率较低,对服务内容的满意度并不高。

案例 02:沈某,男,72岁,照护6级,访谈了其照料人(儿子,48岁)

我本来想着一天一小时,可以帮着做做专业一点的护理,这样原来请的阿姨就让她少来一个小时。结果做的事情,除了会量血压什么的之外,其实跟我们原来阿

^① K街道社区卫生服务中心数据(截至2016年9月)。

姨做的差不多。阿姨是周一到周五每天3小时,除了做饭喂饭,隔两天擦洗一次,家里的打扫有空也都帮忙做了。感觉多请个护理员作用不大。量血压这种事,自己买个血压仪学学也能量,真的有的不舒服的话就直接去医院了。

在服务频次方面,目前最多是平均每天一小时的上门服务额度。而不少失能老人大多需要全天候的看护,在服务时长方面也难以满足需求。

案例 06-2:汪某,女,77岁,照护4级,访谈了本人

我4级一周只有5个小时,时间太少啦。老头子年纪大也不怎么会照顾人,子女也不在身边(儿子在国外,女儿住在松江,隔得很远),想有个人在身边多一些照顾,只能请个保姆,价钱又贵。还有哦,且不说住养老院、护理院要排队,我就是能住上,老头子总不能让他一个人在家吧。要是现在这个上门服务的时间我们自己掌握就好了。

此外,目前政策只涉及上门护理服务,缺乏康复服务和精神慰藉。对于不少失能时间并不太长的老人家属来说,他们还是非常希望老人无论是在身体机能还是情绪状态方面能够有所好转。

案例 05:王某,女,86岁,照护5级,访谈了其照料人(儿子,63岁)

老太太以前是很开朗的一个人,经常出去打牌啊参加各种活动,现在不方便了,在家躺了半年,话也少了,感觉人都没以前精神了,我很担心这样躺下去容易得老年痴呆啊,那就更麻烦了。我看电视上,人家外国有那种专门的康复场所,可以做做复健,有专业的人在旁边指导着。要是能有这样的,我们肯定会考虑送她过去,精气神估计能好不少咧。

除了对复建的需求,我们调研时还发现,由于自身身体情况不复从前,只能等着被照顾,失能老人容易发生情绪不稳定、自怨自艾、抑郁等情况,家人看着心疼,但又不清楚怎样疏导老人的情绪,在照护技术上存在欠缺。

案例 01:顾某,男,89岁,照护6级,半失智,访谈了照料人(二女儿,54岁)

(老人)有时候会突然大哭,说自己很苦,家里人都不照顾他。实际上一直是我在照顾,但他认不得我了,以为是请的阿姨,以为家里人都不管他了。哎,我听了也是怪难过的,这种情况跟他讲道理他也听不懂,也不知道怎么安慰他。

2. 医疗护理床位紧张现象未缓解

实施高龄老人医疗护理计划的初衷是为了通过医保报销居家护理服务费用,鼓励失能老人居家护理,减少医疗护理性床位占用现象。而事实上,由于当前家庭照料资源不足,加之重度失能老人身体机能和自理能力差,且患病较多,需要接受医疗服务,因而对于专门的护理床位的需求仍旧较高。

案例 09:街道社区卫生服务中心,X科长

我们这里一个很大的问题就是病人多、床位少,周转困难。现在给到社区的高龄护理床位是6张,全部是住满的,轮候系统里面还有很多人排着,住不进来。养老院也一样,70张床位也全部住满的。

此外,由于在高龄老人医疗护理计划下被评为照护6级的重度失能老人才有资格申

请护理院床位,而重度失能老人身体好转的可能性又较小,这就导致在促进转介方面虽然有入院护理3个月后重新评估的机制,但很少有身体好转、符合条件转介出去的,床位占用现象仍比较严重,周转率低。

案例 10:街道社区卫生服务中心,Z 医生

(谈及转介出院的情况)来这里的老年人都是6级的重度失能老年人,身体都很差的,都是需要护理的,基本上住进来就很难有身体情况变好可以转出去的情况,除非他自愿转去其他地方。住在这里都能医保报销的,养老院哪怕公办的也要自己掏钱的,所以很少情况会自愿转出去的。床位很久才能空出来一张,空出来的情况多半就是老人在这里死亡了。有的老人病情比较稳定但是又离不开护理,在这住了1年多的出不了院的也有。

3. 政策保障范围有限

高龄老人医疗护理计划在政策制定阶段就将保障对象限定于高龄老人。人为地划分年龄门槛对于不属于高龄范畴的失能患者来说是一种不公平。尽管高龄老人中失能老人的比例相对较高,但这不代表低龄失能患者就没有长期医疗护理服务的需求。在与街道社区卫生服务中心的工作人员交谈过程中,我们得到的信息也验证了这种想法,即使低龄老人失能情况严重,在当前政策下也无法享受服务。

案例 09:街道社区卫生服务中心,X 科长

2014 年底刚试点的时候,对象是80岁以上失能老人,重度失能可以是75岁以上。不少年纪稍微轻一点的失能老人反映也有需求,现在70岁以上的都可以申请了。不过还是有点局限,虽然讲大部分60多岁的老年人都还挺健康的,天天都在外面跑,但也不排除有的也有瘫痪在床的,脑子清楚但是不方便活动,这种情况现在就不能走这个高龄护理计划。

此外,由于当前政策是由医疗保险资金支付服务费用,对于保障对象明确规定必须是城镇职工医疗保险的参保人,因而城乡居民医疗保险的参保人同样也无法享受该政策服务。

4. 缺少对家庭照料者的政策关怀

目前的老年长期护理体系建设主要还是以失能老人为关心主体,对于承担着绝大部分艰巨照料任务的家庭照料人(主要为配偶、子女)则关注较少。在调研过程中,我们发现,家庭照料人在照料失能老人的过程中也会不断产生需求,如高负荷的照顾工作使自身的身体状况变差,不少人反映腰疼、抵抗力变差、特别累、精神压力大等。此外,不少子女辈的家庭照料人还会因为家庭关系、赡养责任、财产归属等问题产生不公平、委屈和怨气等情绪,从而有可能间接影响为失能老人提供高质量的照护服务。

案例 02:沈某,男,72岁,照护6级,访谈了其照料人(儿子,48岁)

(问及照护责任分配)讲到这个,哎,我是家里长子,下面有两个妹妹,母亲过世之后就把爸爸接过来跟我们一起住了,也是我跟我媳妇一直在照料。两个妹妹觉得,父母那套房子肯定是归我了,这不我们用爸爸他自己的养老金给他请了保姆,也是想让多一个人照顾,他能过得舒服一点。结果两个妹妹还不乐意,觉得我们就

是自己想偷懒,既拿了房子,又花了爸爸的养老金,到头来她们什么都捞不到,经常为这事闹,也不怎么过来看爸爸,因为这件事情,爸爸也不太开心。

案例 01:顾某,男,89 岁,照护 6 级,访谈了其照料人(二女儿,54 岁)

老夫妻两个偏心哦,现在住的这套房子,过户给了他儿子,我哥哥,然后又怕麻烦他,不要他干这些脏活累活。(照顾)都是我一个人在做,没有一点钱拿,人家钟点工做事还按市场价算工资,我这等于免费劳动力。也不是说照顾他是为了图钱,实在是偏心偏得太厉害了,太不公平。

从孝道的角度来说,失能老人的照顾主要还应该是家庭的责任,在当前家庭照护功能弱化的背景下,如果现有承担照顾责任的家庭照料人也不愿意照顾或是持敷衍态度,那么失能老人的晚年生活质量就更没有办法保证。

三、失能老人长期护理服务供需矛盾成因分析

(一)缺乏与其他养老医疗服务政策的整合

在高龄老人医疗护理计划实施之前,针对老年人的居家照护服务主要包括社区居家养老服务、家庭医生和家庭病床三个部分,其中居家养老服务主要包括家政服务人员上门、社区日间照料等,由民政部门提供;家庭医生、家庭病床则采取上门巡诊的形式,给予老年人疾病诊疗、慢性病管理、健康指导等服务,由卫生部门提供。高龄老人医疗护理计划旨在为高龄失能老人提供居家基础护理和临床护理,在政策设计上,与现有的居家养老提供家政上门服务、家庭医生提供上门诊疗一起,形成了三个独立运作的服务体系。

三种服务只在各自的系统内运作,缺乏对自身职责的清晰划分,也缺乏政策间的整合,导致在实际操作过程中,既存在重叠又存在空白。在我们的调研过程中,一些已经雇用了家政服务人员的失能老人家庭,对于护理服务满意度不高或不选择护理服务的原因之一,就有“觉得之前的保姆也会做这些事”,“多请一个护理员作用不大”,等等,而不少家庭也会在护理员处理不好的事务上,选择“还是等家庭医生上门的时候麻烦他弄一下”,而这些事务其实并不属于家庭医生的职责范畴。正是由于各政策无法有效整合,导致失能老人及家庭参与动力不足或是服务满意度不高的情况。

(二)财政、医疗保险基金支付压力巨大

目前,护理服务的提供主要由国家财政给予资金支持,高龄老人医疗护理计划中护理机构的建设、统一需求评估、护理人员的培训费用等都是由财政资金提供支持,失能老人实际享受护理服务产生的费用则是由医疗保险基金按照 90%的比例与护理服务提供方结算。

由于失能老人规模不断扩大,照护需求日益增长,政府财政压力巨大。而退休人员不缴费的医疗保险基金本就面临着“系统老龄化”的挑战和收支不平衡的压力。此外,我们在调研过程中还了解到,目前政策下为中轻度高龄失能老人提供的护理服务主要还是家政服务,而这些非护理性质的服务也通过医疗保险基金支付,实际上是医疗保险基金支付异化的体现。在资源有限、缺乏稳定的资金来源的前提下,倘若进一步扩大保障范围,提升待遇给付水平,必定会对财政、医疗保险可持续产生巨大影响。这体现了提升待遇支付

水平和基金可持续性之间的矛盾,也解释了为什么当前政策设定了保障对象和服务频次上的限制,而无法做到应保尽保。

(三)支持补贴性政策不完善

由于我国的老龄化是在“未富先老”的背景下开始的,购买力不足,加之我国老人的传统储蓄观念影响,老年消费意愿低也成为影响老年护理服务使用的原因之一。而目前,我国在养老服务以及其他补贴政策上,主要是倾向低收入群体、高龄老人以及孤老、独居等原本就存在特殊困难的群体,专门针对失能老人群体的补贴政策尚未明确。国家从政策设计层面未考虑到失能老人随着失能程度的加重和患病数量的增多,在医疗、护理服务上开支过多而导致的实际生活困难。

(四)专业护理人员短缺

专业护理人员短缺,是当前护理服务水平不高、满意度不高的主要原因。目前,提供上门护理服务的护理站人员多为四五十岁的下岗职工或者外来务工人员,文化程度普遍偏低,虽通过一定的培训进入护理岗位,能够掌握一定的实践操作,但专业性不强。专业性护理人员短缺,一方面导致无法开设更有针对性的护理服务,也无法提高服务频次,增加服务供给;另一方面也导致不少失能老人家庭对护理员的服务水平存在担忧,使得护理员无法在具体实践中锻炼操作能力,积累专业照护经验。此外,当前的护理从业人员多半是出于争取生活费而从事护理工作,因而人员队伍流动性高、不稳定,很容易因为照顾失能老人存在风险大、工作强度大、环境差、工资待遇低、社会地位低等多种原因选择退出岗位。

失能老人的护理工作应当是长期连续的,且由于每个老人患病情况不同,失能程度不同,生活、饮食习惯不同等,存在很大的异质性。老人对于陌生的人或事有一个逐步适应的过程,因而其与护理人员之间建立感情需要时间。护理人员队伍不稳定无论是对于失能老人的情感方面还是接受服务的质量和连续性方面都存在不利影响,也会导致老人对护理员难以建立信任,因而对服务品质更为挑剔。

(五)护理机构间缺乏竞争性的服务机制

当前护理服务主要由民营主体的护理站提供,这些护理站是通过公开招投标的形式确定的,护理服务的提供呈现出市场化的特色。但是,在发展护理站方面,虽然政策方面鼓励社会力量发展护理站,但实际上是垄断性供给。首先,医疗护理组织本身准入的政策门槛比较高,特别地,医疗护理站必须纳入医疗机构统一规划,准入受地方医疗规划的影响,而很多地方政府控制医疗规划指标,造成事实上的准入门槛很高。其次,存在地方政府保护主义。例如,一个街道如果有一家护理站,其他同类型的护理站就很难再进入,区域垄断状况明显。缺乏竞争性的服务机制,服务机构就没有提高服务质量的动力,失能老人及家庭几乎没有消费选择的余地。

四、上海长期护理保险制度试点与政策完善建议

(一)上海长期护理保险制度与高龄老人医疗护理计划的比较

自2017年1月1日开始,上海在总结高龄老人医疗护理计划试点经验的基础上,在三

个区开始试点长期护理保险制度。上海市长期护理保险制度与之前的高龄老人医疗护理计划相比,主要区别表现在这样几个方面:第一,性质不同。长期护理保险定位于一种独立的社会保险,高龄老人医疗护理则仍属于社会医疗保险范畴。第二,扩大了覆盖对象,把享受对象的年龄从70岁调整到60岁,并把居民医疗保险覆盖对象纳入。第三,提高了筹资标准并明确了个人责任。第四,增加了服务模式,在原有的社区居家照护基础上,增加了养老机构照护和住院医疗护理两类。第五,整合了生活照料和医疗护理计划。

(二)进一步完善长期护理保险制度的政策建议

1. 长期护理保险应与生活照料保障和医疗保障制度有效整合

2016年10月,中共中央、国务院发布了《“健康中国2030”规划纲要》,明确提出要推进健康中国建设,把健康融入所有政策。提升老年人口的健康水平、实现健康老龄化是健康中国建设的应有之义。健康老龄化的重要特征是尽可能最大限度地维持老年人身体、认知、心理和社会功能。长期护理保险主要在于对失去生活自理能力的人提供支持性服务,而保障老年人健康需要满足老年人生活照料、医疗治疗、护理、康复和精神慰藉等需求。老年人的各种健康需求不是割裂的,而是相互联系、相互影响的。发展长期护理保险,应有效整合家庭、社区、社会和各种机构的资源,并与生活照料、疾病预防、医疗治疗和康复有效衔接,全方位地为老人提供全过程的、有针对性的支持服务。

由于长期护理资源有限,社会长期护理保险只能提供基本保障。因此,有效区分政府、市场、社会和家庭责任,是完善长期护理保险的前提和基础。我国发展长期护理保险,应完善“顶层设计”,针对不同收入水平的老年人,根据不同的失能程度,实行分类区别对待,有针对性地提供护理保障,并发展多层次的护理保障制度。

2. 从护理服务包保障到护理服务券保障

上海高龄老人医疗护理计划和长期护理保险制度在试点中都建立了服务包,根据失能等级确定相应的服务时间,并明确了服务项目内容与标准规范。然而,这种限定服务时间和服务内容的服务包难以满足老人多样化的服务需求,也不利于促进服务提供主体的竞争。基于市场配置资源和政府有限责任的原则,基础服务包可以实行按人头付费的方式,根据老人的失能等级和家庭经济状况,确定保障水平,发放相应的服务券金额,老人用服务券自行到市场选择购买符合资质的服务。按人头付费的基础服务包具有更大的优点。首先,有利于降低政府的监管责任,放松对护理站和相关社会组织的准入管制,促进平等竞争,培育老年照护服务市场。其次,能充分反映老人(或家庭)的消费主权,更有利于满足老人的健康需求。

3. 加强专业护理队伍建设

政府应进一步加强对护理人才培训的支持力度,并支持相关的高等教育、职业院校开设老年护理、康复等相关专业、科目。促进老年医疗和护理人才队伍的发展,关键在于完善激励制度,提升待遇水平和职业声誉。

4. 给予家庭照护更多政策支持

发达国家尽管在机构设施方面发展较为完备,但仍把家庭护理放在最为重要的位置。就我国的经济状况和老年人口规模而言,大规模建设养老机构并非合适的举措,无论