

长期照护:概念框架、研究发现与政策建议

“中国长期照护保障需求研究”课题组

(中国社会科学院社会政策研究中心,北京 100732)

摘要:按照习近平总书记建立长期照护保障制度的指示精神,通过“中国长期照护保障需求”课题的调查研究,得到了10项研究发现:从城市老年人及其家庭的人口学特征、经济学特征和社会学特征看,都难以满足失能老人的长期照护保障需求。因此,城市老年人对社会化的长期照护服务和长期照护保险大多表示认可。以调查统计结果为基础,提出了与长期照护服务与筹资相关的政策建议。

关键词:长期照护;社会保障政策;失能老人

中图分类号:D669.6;C913.6

文献标志码:A

文章编号:1671-4970(2018)01-0008-09

早在2016年,亦即“十三五”规划的起始之年,习近平总书记就提出,“有效应对我国人口老龄化,事关国家发展全局,事关亿万百姓福祉。”“此事要提上重要议事日程,‘十三五’期间要抓好部署、落实。”^[1]在习总书记要求落实的支持养老服务业发展的政策措施中,特别强调了要建立“相关保险和福利及救助相衔接的长期照护保障制度”^[2]。

面对日趋严峻的老龄化发展趋势,“长期照护”和“长期照护保险”已成为国际上非常流行的重要概念。但是,现在习总书记提出的是“长期照护保障制度”。应该怎样理解“长期照护保障”?怎样贯彻落实习总书记的指示精神?本文试图对与长期照护的相关概念框架和国际经验进行梳理,并就“中国长期照护保障需求研究”课题组提供的调查数据进行定量分析,最终提出相关政策建议。

一、与长期照护相关的概念框架和国际经验

习总书记提出的“长期照护保障制度”,无疑是一个有中国特色的新概念。为了进一步讨论如何建立这项社会保障制度,我们需要从对这个新概念的内涵和外延作出界定开始。

1. 老年服务和长期照护的概念框架

关于对与老年服务和长期照护相关的概念框架的讨论,可从以下两个方面去解读:

(1) 长期照护保障制度是中国特色新概念

习总书记提出的“长期照护保障制度”,无疑是

一个新的概念。应该注意到,习总书记给这项制度加了一个长长的定语,即“相关保险和福利及救助相衔接”。对于这个定语,也许可以这样理解,即把“保险和福利及救助”理解为3种社会保障手段。保险和救助主要用于筹资,而福利主要强调服务。这就是说,长期照护保障制度要兼顾资金保障和服务保障,是一个国内学术界常说的“大保障”概念。

具体而言,对于长期照护保障,可以分4个层面去理解:首先,要使保险、救助等资金保障手段和社会服务等保障手段实现无缝链接,并整合到一个统一的概念框架中。其次,筹资渠道多元化,可以同时采用社会保险、政府补贴、社会救助、公益慈善和商业保险等手段来筹措资金。目的是使收入水平不同的各个社会群体,通过路径各异的筹资渠道最终殊途同归。但在当前中国的社会环境中,在筹资方面显然还是要以社会保险为主。再次,在长期照护服务的提供方面,倡导“中档设施、小型适用、专业水准、优质服务、融入社区,惠及居家”,同时要将机构服务、社区服务和居家服务整合为一个整体;最后,要使财政部、人社部、民政部、卫计委等政府部门同心协力,共同建设一个多方共赢的“大保障”体系。

(2) 建立老年人长期照护政策是国际共识

在中国,当前与为老年人和失能老人提供服务相关的概念太多、太杂、太乱。前者如:老年服务、养老服务、安老服务、为老服务,等等;后者如:长期照

收稿日期:2018-01-29

基金项目:人力资源和社会保障部中国医疗保险研究会委托课题“中国长期照顾保障研究”

作者简介:本文执笔人:唐钧,冯凌,王君。唐钧(1948—),男,上海人,中国社会科学院社会政策研究中心研究员,从事社会政策研究。

护(服务)、长期护理(服务)、长期医疗护理(服务),等等。

然而,实际上,在以上众多的概念中,有用的且能与国际接轨的只有两个:老年服务(Aged Service)和长期照护(Long-term Care)。老年服务,在中国泛指与“五个老有”,即《中华人民共和国老年人权益保障法》中提出的“老有所养、老有所医、老有所为、老有所学、老有所乐”相关的服务;长期照护则是指政府和社会专门针对失能老人作出的政策设计和制度安排。

作为国际共识的“长期照护”一词来源于2000年世界卫生组织题为《建立老年人长期照顾政策的国际共识》的报告:长期照顾是由非正式提供照顾者(家庭、朋友和/或邻居)和专业人员(卫生、社会和其他)开展的活动系统,以确保缺乏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^[3]。

值得注意的是,2000年时,世界卫生组织报告的中文版将 Long-term Care 翻译成“长期照顾”。但是,16年以后,在2016年世界卫生组织发布的《关于老龄化与健康的全球报告》和《中国老龄化与健康国家评估报告》的中文版中,已经将 Long-term Care 改译成“长期照护”^[4-5]。就中文语境而言,这个变化可能意义重大。

2. 长期照护的国际共识与相关经验

关于长期照护的国际共识和相关经验,我们可以从以下4个方面去理解:

(1) 人口老龄化催生长期照护制度

20世纪中期以后,发达国家先后迈过了人口老龄化的门槛,医疗保险和医疗服务感受到了从未有过的压力。有研究表明:“美国、日本以及欧洲一些国家医疗费用大幅度增长的原因,除了医疗技术发展造成的费用增加,主要是由于人口老龄化。”^[6] 国际上有研究发现:所谓“临终前的短期医疗费用”大幅增加,实际上主要增加的是护理费用^[7]。

于是,发达国家从20世纪80年代开始,便有针对性地将对政策视野聚焦到“长期照护”。具体的政策思路是:首先将本应属于临床护士的工作,基础护理,亦即日常生活照料,从医疗服务中剥离出来;接下来,一部分非治疗性的护理和康复服务,也被从医疗服务中划分出来。所谓“非治疗性的护理和康复服务”,是指此类服务的目标不是为了“治愈”,而是为了延缓老年人罹患的慢性病病情发展,并尽可能地维持老人生理机能和精神健康。将上述两项服务合并到一起,形成一个独立的专业和职业,这就是长

期照护。

(2) 日本建立长期照护制度的经验值得学习

日本长期照护的经验是最值得我们重点学习的。在日本,长期照护被称为“介护”,同时包含了看护和照顾的意思。即一方面是在日常生活中提供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。在这里强调的是:介护是以照顾日常生活起居为基础、为独立生活有困难者提供帮助。其基本内涵为自立生活的支援、正常生活的实现、尊严及基本的人权的尊重。其理由是:老年人的失能并非都是由疾病造成的,生理衰退和认知障碍,同样也会严重影响老年人的日常生活活动能力。

(3) 长期照护属于社会服务的范畴

按照国际惯例,长期照护常常被纳入社会服务的范畴。这表达了两层意思:其一,长期照护是由在社会服务领域专设的老年服务机构提供的,而不是医疗机构;其二,在专业设置上,长期照护要与医疗服务,甚至与医院中的临床护理分离,自成一个独立的专业。按照国际经验,长期照护的专业团队由护士、社会工作者、营养师、康复师和心理咨询师等构成。在一线为老人提供日常照护的是专门从事老年照护的服务人员,譬如日本的“介护师”和“介护士”。

将长期照护纳入社会服务的目的很明确,就是要降低服务成本。因为医疗服务通常被看成一种“高门槛”的专业服务,凡服务,只要沾上医疗的边,成本就上去了,全世界皆然。

(4) 建立长期照护制度的基本原则

世界各国对长期照护的历史性选择表明,这样的制度安排背后还有更深邃的内涵。丹麦在20世纪80年代初就提出老年人医疗卫生和福利服务的三原则:“第一,人生自始至终的原则,第二,剩余能力发挥的原则;第三,尊重老龄者自我决定的原则。”^[8] 国内的研究者将上述三原则概括为“连续性、自主性、自立性”^[9],而且可以两两对应:“人生自始至终的原则”即“连续性”,主要就是“原址安老(Ageing in Place)”,希望老人能在自己长期居住的住宅和社区中度过晚年,特别关注的是老年生活的社会环境和人文环境。“剩余能力发挥的原则”即“自立性”,强调保护、维持和尽量发挥老人的自理能力,因此,长期照护服务的首要任务是机能康复。“尊重老龄者自我决定的原则”即“自主性”,强调凡事首先由老人自己作出选择和决定,尤其是需要什么服务,由谁来提供服务,在什么地方接受服务,等等。联合国倡导的“积极老龄化”“健康老龄化”,与上述三大原一脉相承,在长期照护和长期照护保险

的方案设计中应该贯彻上述理念。

3. 长期照护资金筹措的国际经验

关于长期照护资金筹措的国际经验,我们可以从以下4个方面去把握:

(1) 长期照护保险筹资模式的选择

对失能老人提供长期照护是需要资金支持的。经过几十年的努力,世界各国的长期照护保险逐渐形成了若干种不同的模式。有研究以丹麦、美国、德国和日本为例来讨论长期照护保险的各种模式:因资金来源而异,长期照护筹资模式可分为保险型和福利型。在上述4个国家中,丹麦属于“福利型”,财源是税金,由政府机构来实施;美国属于“商业保险型”,财源是保险费,由保险公司来经营;德国属于“社会保险型”,财源是保险费,但由政府认可的有资质的社会保险机构来运营。

更值得我们关注的是日本的经验:在比较了各种模式的长处和缺陷之后,日本设计了一种新的模式,称为“保险福利型”,财源同时来自保险费和税金,由地方和基层的行政机构(市町村)来组织实施——“到目前为止,只有日本才真正地建立了一个独立的介护体系。”而其他3国的长期照护保险都带着更深的医疗保险的烙印:德国的长期照护保险,基本上是对医疗保险进行补充;丹麦的长期照护,则是其整个卫生福利服务的一部分;美国医疗保险本身就是商业保险,长期照护保险当然也难脱窠巢^[8]171-172。

(2) 长期照护保险目标人群的选择

有研究对长期护理保险的目标人群和照护模式进行了梳理,并据此作出了一个矩阵。矩阵中,在横向上有3种目标选择,即“偏向于生活照顾”“偏向于健康护理”“兼顾两个方面”;在纵向上有两种目标选择,即“针对老年人”“针对所有人”。一纵一横,两两交叉,就可以得到6种组合。参考日本的经验,再根据中国的现状作出选择,应该主要“针对老年人”,并对“生活照顾”和“健康护理”统筹兼顾^[10]。

(3) 日本长期照护保险的模式值得借鉴

综上所述,对中国而言,日本的介护保险,即长期照护保险的模式,也是最值得借鉴的:其一,保险的对象明确限定为老年人,其他年龄段的社会成员,即使有照护的需要,也暂且不包括在内。其二,筹资模式是“保险+福利”,即保险支出一部分来自政府财政,另一部分来自社会保险缴费。公民从40岁开始缴纳保险费。其三,社会保险保障的对象是经过评估被确认有需要的老人,但保险金直接支付给提供照护服务的机构。当然,居住在家里的有需要的

老人,也可以选择向非正式照顾者给以现金补贴,但金额比接受机构服务要低,其余的部分将支付给从事社会性、专业性支持的服务机构。其四,长期照护服务目前主要由民间机构(NPO)来提供,包括居家服务和机构服务。

二、关于失能老人长期照护需求的研究发现

2016年,习总书记对建立长期照护保障制度作出指示之后,人力资源和社会保障部办公厅随即发布了《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》。2016年年初,北京义德社会工作发展中心就接受中国医疗保险研究会的委托,承担了《中国长期照护保障制度研究》课题的分课题《中国长期照护保障需求研究》的调研任务。年中,课题组选择了北京、广州、宁波、青岛、长春、重庆和兰州等7个城市作为样本城市,对其中的21个区、42个街道、168个社区中的3513位老年人进行了入户问卷调查。随之,我们对3513份问卷用计算机统计软件进行了数据处理,并在对统计结果进行定量分析的基础上,得出了以下的研究10个方面的发现:

1. 家庭养老与变化中的家庭状况难以兼容

调查发现,从家庭结构和居住格局看,家庭小型化已成为中国城市中突出的社会特征。事实上,目前在60岁及以上的老年人中,独居家庭、两口之家和三口之家之和,占比近六成;无子女家庭和独生子女家庭之和,要占到一半。这可能也与老人的婚姻状况有关,因为丧偶、离异和未婚的要占到1/5。

调查数据表明,仍有半数的老人选择愿意与子女长期共同生活,但也有三分之一的老人明确表示不愿意。对于在生活中给予子女帮助,有趣的是一半的老人给出的回答是“什么也不做”。对于传统的“由子女轮流赡养”的赡养方式,愈九成的老人给出了否定回答。有子女生活在外省的老人约一成多,其中,每年回家2—3次看望父母的,占六成半,但也有一成的儿女,一年回家看望父母一次都做不到。

从调查结果看,涉及家庭重大事项的决定权,以全家人共同协商来作决定要占四成以上,但老人自己作决定也将近四成,这恐怕也与老人是否和子女居住在一起有关系。

但是,即便家庭结构和家庭关系发生了如此巨大的变化,认为子女是孝顺的老人仍有八成半,可见对子女的评价,其实与子女是否具体承担对老人的生活照料的责任渐行渐远。

以上数据说明,劳动力的流动、家庭趋于小型化以及家庭观念、赡养理念的变化,使得传统的家庭养老方式越来越不现实。

2. 老人个人和家庭收入仍属中低水平

调查数据表明,目前城市中,半数以上的老人仍属体制内退休人员,即退休前的工作单位性质属于机关事业单位和国有企业,但在非公企业工作的和没有工作单位的也各占二成多。老人最主要的经济来源是养老金,要占八成多;当然子女资助也有一成多。就个人收入而言,平均值是2567元,中位值是2400元。

家庭人均收入的平均值是1648元,中位值是1500元;家庭人均支出的平均值是1004元,中位值为1000元;家庭平均支出和中位支出占家庭平均收入和中位支出的2/3上下。

至于对自家经济状况的评价,有将近六成的老人认为自己家中在经济上是可以收支平衡的;认为比较宽裕,尚有结余二成多;认为入不敷出的占一成半。同时,认为自家经济条件在当地处于中等要占五成多;属富裕的仅有不到1%,属中上的占一成;属中下的近三成,属“贫困”近一成。因此,有四成的老人对于未来的生活,担忧的是“没钱”。

以上数据说明,多数老人收入水平偏低,购买力有限,致使当今常常说起的老年需求只是潜在的需求,而不是有效需求。

3. 老人仍感觉医疗服务费用的负担较重

调查结果表明,老人的身体状况堪忧,九成九以上的老人都患有不同的慢性病。其中最普遍的是高血压,三成半以上;其次是心脑血管病和骨关节病,在二成以上;接下来是糖尿病和白内障,占一成及以上。将近三成老人,曾经在过去的一年中住过院。

值得庆幸的是医疗保险制度覆盖率较高,在老人中达到了九成七。参保老人中,以城市职工医保为最,要占四成半;参加城乡居民医保的,占比也有四成半;仍享有公费医疗的,也还有7%。但购买商业保险的只有2%。

然而,即便如此,在过去的一年中,因看病产生过自付和自费费用的老人要占八成。自付、自费费用的平均值为4438元,中位值为2000元。其中,费用在501—3000元之间的将近四成,在3001—10000元的二成多,在10001及以上的还有7%。

因此,将近八成的老人都认为医疗费用中的自付、自费部分是个负担,认为有一定负担、还能承受和负担较重的老人分别占二成到二成半,还有半成认为“难以承受”。因此,对于未来生活,老人最为担忧的是“生病”,要占七成多。

以上数据说明,虽然医疗保险的覆盖率已经达到相当的高度,但保障的水平不高,医疗费用的自付和自费部分对多数老人的压力是显而易见的。

4. 活动能力受损的老人需要长期照护

关于日常生活生理性活动能力,调查表明,“不能自己洗澡”的老人达1%;“不能自己上厕所”“不能自己穿衣”的、“不能自己上下床”的和“不能自己在室内行走”的,0.3—0.5%，“不能自己吃饭”的,0.2%。

关于日常生活工具性活动能力,“不能自己搭乘公交”的2%;接着是“不能自己购物”的、“不能自己洗衣服”的、“不能自己做饭”的、“不能自己收拾房间”的、“不能自己处理个人财务”的和“不能自己打电话”的,均为1%，“不能自己服药”的为0.5%。

目前对老人的照护,主要还是在家里由配偶承担,占比将近六成;自我照护的,也有近四成;由子女照护的,接近三成半。若按老人的意愿,希望在家里由子女照护接近五成;由配偶照护超过四成。

对老人进行长期照护,对家庭影响最大的是经济成本的付出,持这样的观点的占六成;对人工成本和精神成本有担忧的也不少,均占近五成;接下来是对生活方式的影响,占三成;最后是对工作的影响,占一成半。正因为如此,担心“失能无人照料”的老人要占三成。

调查显示,以有需要并获得到服务和有需要但没获得服务来提问,对于前一问,有需要并获得生活照料的,4%;接下来是心理抚慰、慢性病护理和康复护理,都在1.5%—2%,长期卧床护理最少,不到1%。再看后一问,有需要但没获得生活照料的也是最多,接近二成;最少的也是长期卧床护理,不到一成;其余三项都差不多,略高于一成。

以上数据说明,目前多数家庭对老人的照护仍然是仗仗配偶和子女,联系到前文所说的当代社会中家庭正在发生的种种变化,这样的照护模式可能会越来越不现实。

5. 老人对社会化的长期照护尚有认可

调查显示,在生活自理困难时愿意去老年服务机构的老人,占五成多;不愿意的,接近三成;还有二成,表示没想过。愿意去老年服务机构的老人中,最关注的是服务质量,将近七成;其次是价格,近六成半;离家远近和设施设备差不多,都在三成。不愿意去的,最主要的原因是不愿意离开家,占六成多;其次是怕收费太高,接近三成半;其余的,怕家人面临舆论压力、老年服务机构口碑不好和对老年服务机构不了解,都占一成左右。

调查显示,在生活自理困难时愿意接受上门服务的老人比例较高,占到五成以上;表示不愿意和没想过的则差不多,都是二成多。老人不愿意接受上

门服务的主要原因还是担心价格太高,要占到四成半;其次是担心服务质量和担心安全问题,均在二成以上;担心子女不同意稍低,接近二成。

调查显示,在生活自理困难时,愿意去社区日照中心的老人比例较高,占到五成多,回答不愿意也有两成半;还有近二成半表示没想过。

以上数据说明,对于居家服务、社区服务和机构服务这3种社会化的老年服务方式,老人们并没有对哪一种表现出特殊的偏好。选择愿意的比例都在五成多一点,选择不愿意的都在二成半上下。

6. 老人对长期照护服务付费表示能接受

调查表明,关于是否愿意自己承担长期照护服务费用,表示愿意的老人占四成半,表示不愿意的占五成半。在表示愿意的老年被调查者中,承担费用的心理价位的平均值是1734元,中位值是1500元。具体而言,选择1001—2000元的,超出三成半,选择501—1000元的,将近三成;选择500元及以下的和2001—3000元的,都不到一成半;选择3000元及以上的,仅为半成。

如果长期照护费用由政府、单位、主要赡养人自己来分担,老人的选择中对政府寄托的希望最大,作出这一选择的高达3/4;其次是老人自己,达四成多;再接下来是主要赡养人,达二成;对单位还抱希望的就很少了,只有不到一成。至于希望政府采取哪种分担方式,老人中有三成选择社会救助,有三成选择社会津贴,有四成选择社会保险。

以上数据说明,多数老人对接受服务而需要付费有一定的思想准备,当然还是希望政府在关键时刻帮一把。

7. 老人对参加长期照护保险并缴费有认可

研究表明:关于参加长期照护社会保险,老人中愿意参加并付费的占四成半,不愿意的占三成半,还有二成表示不清楚。

在愿意参保付费的老人中,愿意支付保险费的平均值为864元(年平均数,下同),中位值为500元。具体而言,愿意投保300元及以下的,四成左右,301—900元的占二成,901—1500元的接近二成半,1501元及以上的也有一成半。就总的倾向而言,付费意愿两极分化,愿意交300元及以下的和901元及以上的各占四成多。

关于老人不愿意参加长期照护保险的原因,主要是经济上无法承受,占五成多;有二成五的老人仍然指望子女照料;但有近三成的老人反映,对政策不了解。老人对长期照护商业保险的选择,愿意的,有三成多,不愿意的,接近五成;不清楚的,二成左右。

究其原因:首先是不信任商业保险的有四成半;

其次是经济上无法承受的有四成多;然后是有子女赡养的有一成半以上;最后是自己有积蓄的只有半成。

以上数据说明,如果要用保险的方式来为长期照护筹资,多数老人会选择社会保险而非商业保险。

8. 失能老人占总体的11%但必须再细分

根据调查和分析,在整个老年人群中,失能老人,应该约占老年人总数的11%左右。

研究表明:根据失能的程度,失能老人又可以分成两大类:生理性失能老人和社会功能性失能老人。其中生理性失能老人约占老年人总数的5%左右,社会功能性失能老人约占老年人总数的6%左右。

研究表明,生理性失能老人可以再被分成两大类:部分失能老人和完全失能老人。其中部分失能老人约占老年人总数的2.5%上下,完全失能老人也约占老年人总数的2.5%左右。

如果按老年人口2.31亿人(2016年统计数)计算,11%的失能老人为2541万人。其中,6%的工具性失能老人为1386万人,5%的生理性失能老人为1155万人。再往下分,部分失能的和完全失能的各2.5%,577.5万人。

为了设计政策时更谨慎一点,把失能老人扩大为13%,3003万人。其中,7%的工具性失能老人为1617万人,6%的生理性失能老人1386万人。再往下分,部分失能的和完全失能的各3%,693万人。

以上数据说明,失能老人可能没有社会上盛传的那么多,仅为11%;而且在失能老人中,完全失能老人实际上是更值得关注的,仅为3%。

9. 失能老人及其家庭的特征与总体有差异

对分离出来的失能老人群体作进一步分析:男女比例大约是1:2。其中,60—69岁的占一成半,70—79岁的占三成,80岁及以上的占到五成多。

失能老人的家庭结构,多子女家庭超过七成半;独生子女家庭不到二成;无子女家庭仅半成。同时,失能老人独居的、两口之家和三口之家为六成,四口之家及以上为四成。

失能老人中,参加城市职工医保的将近半数,参加城乡居民医保的四成多,享受公费医疗的和未参保的都在半成上下。失能老人医疗费用的自付、自费部分的支出,501—3000元和3001—10000元都是三成多,500元及以下和10001元及以上高于一成半;失能老人的个人收入月平均值为2638元,中位值是2700元。年医疗费用自付、自费部分的支出,平均值是9079元,占年收入的17.05%;中位值是3000元,占年收入的12.50%。

以上数据说明,从失能老人的个人与家庭特征

看,与老年人总体有一些差异,在人口学和社会学的特征上差异还比较大。究其原委,是失能老人的年龄偏大,因此人生的际遇也有不同。

10. 失能老人对长期照护保险的意愿与总体相仿

调查显示,在失能老人中,愿意参加长期照护社会保险的将近四成半,不愿意参加社会保险的将近三成半,不清楚的也要占到二成多。

在愿意参保的失能老人中,选择付费 300 元及以下的占 1/3, 901—1 500 元的占 1/4, 301—900 元的二成, 1 500 元及以上的有一成半。

在不愿意参保的失能老人中,因为经济上无法承受近半数,指望子女照料和对政策不了解,都是接近三成。

在失能老人中,愿意购买长期照护商业保险的三成半,不愿意购买商业保险的超过四成,选择了不清楚为二成多。

在不愿意参保的失能老人中,因为不信任商业保险的近半数,经济上无法承受的四成;由子女赡养的二成;自己有积蓄的占 4%。

以上数据说明,失能老人对社会保险和商业保险的选择,与一般老人没有太大的区别。

三、关于失能老人长期照护需求的研究结论

从以上得出的 10 项研究发现中,我们又可以归纳出两个有用的研究结论:

1. 城市老年人家庭的照料需求与实际能力相背离

从理论上说,造成老年人生活不能自理的影响因素大致有 3 个:其一,罹患慢病;其二,身体衰弱;其三,认知障碍。在实际生活中,由上述因素导致的城市老年人,尤其是失能老人的长期照护需求既很现实,也很迫切。这在前文提及的研究发现中表现得很充分(研究发现 3、4、8)。

但是,另一方面,随着中国社会工业化、城镇化、现代化的进程,城市老年人家庭的急剧变化以及随之形成的新的时代特征,包括人口学特征(研究发现 1、9)、社会学特征(研究发现 1、9)和经济学特征(研究发现 2、3、9),都表现出与老年人的长期照料需求背道而驰的发展趋势,而且这种趋势至少在今后可以预见的时段内是不可逆转的。

就此而言,一方面是老年人照料需求的现实存在且日渐迫切,另一方面对老年人传统的家庭照料却因现代家庭的变化和发展而日趋减弱,这就形成了越来越严峻的城市老年人家庭的照料需求与实际能力相背离的社会张力(图 1)。

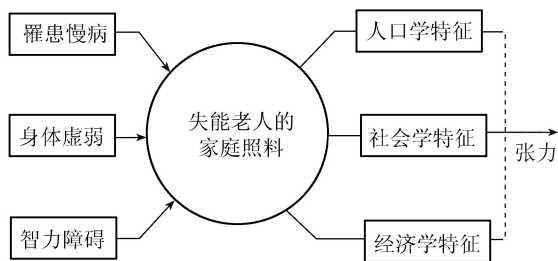


图 1 需求和能力相背离

缓解乃至消弭这种社会张力的唯一可行的办法就是随着生活方式和生产方式的社会化,对老年人日常生活的照料,也用一种社会化的方式或曰手段来予以解决。这就是老年人长期照护“准市场”的社会服务运营模式。

2. 支付照护费用的态度赞成、反对和折中三分天下

社会服务,亦称“社会福利服务”。一说到“福利”二字,中国社会,尤其是部分政府官员和经济学者就过敏。其实,在当今世界,对“福利”的理解,已经不是上个世纪中期的那个“免费午餐”或“天上掉烙饼”的概念。前文所述的“准市场”的社会服务或社会福利服务乃是福利概念的正解。

什么是“准市场”?就是在淡化价格竞争的同时突出服务质量竞争的市场。“纯粹的”市场化,往往是难以覆盖所有有需要的社会成员的。在中国这样庞大的消费市场上,一种商品或服务大约得到三分之一到二分之一的人认可,即可挣得盆满钵满。再要扩大市场覆盖率,利润反倒可能会摊薄,所以覆盖所有有需要的社会成员往往不是理性的市场选择。但是,社会服务与寻常的商品和服务不一样,因为在诸如医疗、教育、住房、老年服务等社会领域,涉及的都是没有退路的刚性需求。为了满足所有有需要的社会成员的需要,政府一定会介入和干预,这就形成了“准市场”。

“准市场”的要点如下:①“准市场”立足市场;②“准市场”的价格受到政府或社会的监控和限制;③“准市场”的竞争主要是体现在服务质量上;④政府以合理的价格为前提对有需要而缺乏购买能力的社会成员提供合理的福利津贴;⑤福利津贴直接支付给服务提供者;⑥服务提供者以高质量的服务赢得用户并赚取合理的利润。

以上理论观点或价值判断体现在调查问卷中,就是对城市老年人的价值理念和对“准市场”的认可程度进行了询问。从统计结果中可以发现:城市老年人对社会化的长期照护服务的态度(研究发现 5),对社会化的长期照护服务有偿提供的态度(研究发现 6),以及对长期照护保险,包括对参加社会保险和购买商

业保险的态度(研究发现7),大致上呈现出“赞成”“反对”和“折中”三分天下的局面(图2)。

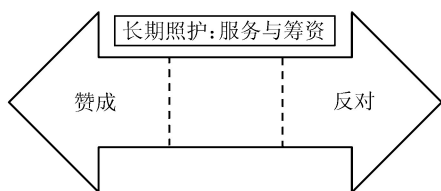


图2 费用支付的态度之“三分天下”

如果考虑到此次调查的时间是2016年年中,当时失能老人的长期照护已在部分地区有所实践,但尚未形成系统化的服务,更未为公众熟知;而长期照护保险正处于“临产期”——当时人社部办公厅已经发布了《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》,但在实践中,还刚刚开始酝酿试点,公众对这项制度仍处在“不识庐山真面目”的懵懂时期。因此,在调查中,能够告诉被调查者的长期照护和长期照护保险只是个理论上的概念,并没有一个明晰的方案设计和制度安排,老人和失能老人的需求与意愿其实是在这样的背景下表达的。设想一下,如果政府对长期照护服务和保险有了既定的制度设计和可行的实施方案,城市老人,包括失能老人应该会持更加积极的态度。

四、关于失能老人长期照护制度的政策建议

在对与长期照护保障相关的概念框架和国际经验进行了梳理,并通过问卷调查掌握了大量数据资料后,我们便尝试对建立失能老人的长期照护保障制度的提出自己的政策建议。以下将从服务和筹资两个方面来阐述我们的设计思路和制度要点:

1. 长期照护保障制度的服务模式

根据以上的调查结论和概念框架,长期照护保障制度的服务模式包括以下6个方面:

(1) 居家、社区和机构服务是一个有机整体

《中华人民共和国老年人权益保障法》中提出要“建立和完善以居家为基础、社区为依托、机构为支撑的社会养老服务体系”。从长期照护服务的角度看,按照国际经验,居家服务、社区服务和机构服务应该是一个功能耦合的有机整体。因为只有这样,才能充分发挥“1+1>2”的整体效应。

目前在实际工作中,却存在一个误区,即人为地将机构服务与社区服务、居家服务分割开来。严格说来,长期照护服务的方式只有两种,即“居家”和“机构”。在社区层面则是“半机构、半居家”,即日间在机构(日间照料中心),晚上回家里。从理论上进行归纳:“居家服务”的第一层意思,即“原居安老”的国际共识。其内涵是:尽可能地让老人在已

经形成习惯的家庭和社区中度过晚年,而不要离开自己熟悉的社会环境和人文环境。第二层意思,单纯地强调“居家”,表达并不完整,完整的表达应该是“在社会服务和社区服务支持下的居家养老”,社会性的支持是居家养老不可分割的题中应有之义。

(2) 完全失能老人的最佳选择是机构服务

当老人严重失能或完全失能时,理性的选择还是去老年服务机构。如前所述,在独生子女家庭、空巢家庭、独居家庭居多的城市居民中更是如此。在规模化经营的老年服务机构中,老年人可以得到更专业、更安全的长期照护服务。但是,要强调的是老年服务机构切忌孤悬郊外,应该在居民聚集的社区附近规划建设,而且规模不要过大,经验证明,50—400张床位的中小型机构是最佳选择。这样,老人既可以得到专业的照护服务,也可以时常得到家人的陪伴——这就是服务机构社区化的理念。

(3) 居家服务应兼顾正式和非正式照护

从世界卫生组织的分类看,对老年人的长期照护分为正式照护和非正式照护。如果部分严重失能老人和完全失能老人不愿去老年服务机构,他们也会成为居家服务的对象。但是,因为他们需要长时间甚至24小时不间断的专人陪护,因此,对他们的居家服务首先应该落实一位非正式照护者,即他的家人、亲友或者社会组织、社区组织的志愿者;另外,还必须由专业人员提供的支持性服务。支持性服务包括两个方面:一是对非正式照护者提供专业培训,帮助他们掌握为失能老人服务的基本技能;二是提供非正式照护者所不能提供的技术性较强的护理和康复服务,并与非正式照护者合作对老人进行健康管理。如今常见的居家服务其实在理解上是有失偏颇的,只考虑了后者。制定计划者没有静下心来想一想,对失能老人为什么可以一个星期仅提供若干次服务?

(4) 社区服务应该是原址安老的延续

社区型的长期照护服务还有另一种模式,就是由社区中心提供日间照护服务,即国内所谓的“托老所”,主要的服务对象是部分失能的老人,主要的目标是尽可能地使老人“原址安老”得以延续。如前所述,这种“半机构,半居家”的服务模式是:白天家人将老人送到中心,晚上则由家人接回家。社区中心还可提供“喘息式”服务,当家人因为长期照料老人身心俱疲需要休整,或者是要外出公差或旅游时,可以将老人短期托付给社区中心。

(5) 针对不同失能程度选择居家、社区和机构服务

一个人并不是一上60岁被称为老年人,就需要

政府和社会给予特别的关照。但是老年人随着年龄的增长,会因为罹患疾病、机能衰退和认知障碍而逐渐丧失生活自理能力。老年人失能一般都有一个过程,即从社会功能的丧失到生理机能的丧失,从生理功能部分丧失再到完全丧失。因此,对不同失能程度的老人,应该根据其实际需要提供不同的服务。如前文中分析的那样,3%的完全失能老人,表现为卧床不起,不认识亲人,等等,可以主要由机构提供全天候的照护服务。如果不愿离家,则可以用正式和非正式相结合的方式照护老人。还有3%的部分失能老人,表现为洗不了澡,出不了门,等等,主要以正式和非正式相结合的照护方式,也可以由社区中心提供日间照护服务。还有7%的社会性失能老人,表现为上不了公交车,购不了物,做不了饭,等等,应该是在社会服务和社区服务支持下实现居家照护。

(6) 由服务提供者整合居家、社区和机构服务

从长期照护的提供者的立场去考量,最佳选择是将居家服务、社区服务和机构服务整合到同一个框架中去通盘考虑:首先在一个地区设立一家有200—400张床位的专业机构作为“旗舰店”,为完全失能老人提供长期照护服务;其次,将机构的专业力量向周围延伸去建立社区中心,为部分失能老人提供日间照护服务;然后再从社区延伸到居民家庭,提供上门的居家服务。因为长期照护机构做的是“邻舍生意”,综合性的运营模式实际上会使周围的老年人都成为机构服务的潜在客户。同时要指出:“单打独斗”的社区和居家服务,其可持续性值得怀疑。

2. 长期照护保障制度的筹资模式

根据以上的调查结论和概念框架,我们设计的长期照护保障制度筹资模式的要点包括以下5个方面:

(1) 长期照护保险目标是激活有效需求

长期照护显然需要资金支持。但要看清一个事实:即使是享受着养老保险待遇的企业退休人员,如前所述,在2016年“十二连涨”后,他们退休金也仅为月平均2400元。目前在一线城市,长期照护机构收费应该在5000到6000元左右,二三线城市也很少低于3000元。以上数据表明,大约有1/2到2/3的老年人,他们的长期照护需求实际上只是潜在的需求。因此,对于失能老人,必须在养老金之外再能得到一笔专门针对长期照护需求的保障性收入,才能将潜在的需求转变为有效需求。

(2) 建立长期照护保险是为减轻医疗保险的负担

人口老龄化对社会性支出造成的最大影响是医

疗费用的急剧上涨。如果将对失能老人长期照护的费用包含在基本医疗保险制度中,医疗保险肯定难以以为继。中国的医疗保险制度是非常脆弱的,因为按《中华人民共和国社会保险法》的规定,养老保险的资金来自职工和用人单位缴费和政府财政补贴,而医疗保险资金则只有职工和用人单位的缴费。相比而言,医疗保险少了政府托底的承诺。实际上,医疗保险的未来趋势确实不容乐观。有关部门的研究报告指出:“2029年城镇职工基本医疗保险基金将出现当期收不抵支的现象,到2034年将出现基金累计结余为负的情况。”^[11]为此,遵照习总书记关于建立长期照护保障制度的指示,另外建立一项独立制度来为长期照护服务筹措资金势在必行。

(3) 长期照护保险应从完全失能老人做起

如果不分层次,试图一蹴而就设计针对所有失能老人的长期照护保险制度显然是有困难的,如果首先抓住最需要照护的3%的完全失能老人来设计制度,然后逐渐扩大到另外3%部分生理功能丧失的老人,这样的制度目标则是完全有可能实现的。也许,我们要清醒地把握一点,即把保险的范围始终控制在老年人总数的6%以内,保险制度才有可持续性。最近有很多信息都表明,日本、德国等的长期照护保险财政上的可持续性出现问题,究其原委,可能是他们的制度的保障人群和服务范围过于宽泛。

如前所述,2016年,中国60岁及以上的老年人为2.31亿人,按调查数据,其中3%的老年人完全失能,大约693万人。如果以“总额支付”的方式支付保险费,月人均3000元(加上老人自己的退休金应该可以支付服务费用了),共需208亿元。再看资金筹措,如果按每个老年人每月筹款100元,那2.31亿老人就能筹资231亿元。如此看来,前景似可乐观。

(4) 多元化、多渠道的筹资方式是满意选择

上述按每个老人计算筹款金额,并非向老人收取全部的保险费。我们提出一个多元化、多渠道筹款的思路,可称作“鸡尾酒筹资法”。首先,老年人本身应该交费,城镇老年人每人月交25元,年交300元;农村老年人月交10元,年交120元。这样的标准,大多数老人应该可以负担得起。少部分低保扶贫对象则可由扶贫救助或慈善公益代交。其余的75元,即社会筹资这一块,可以考虑养老保险——从每年的增量中挖潜,医疗保险——老年人医疗服务量减少的部分,住房公积金——从退休时积累的资金中考虑,残疾人保障金——残疾人中50%以上是老年人,福利彩票公益金——政策规定50%用于老年事业,等等。总的目标是每个城镇老人每月

75元,每年900元;每个农村老人每月90元,每年1080元;即可达到前面所述的筹资水平。

(5)采取社会保险和商业保险相结合的混合模式

保险制度可以考虑采取社会保险和商业保险相结合的“混合模式”,即政府有关部门负责规划、收费和监督,而把资金的运营管理和保险给付交由保险公司负责。一般来说,提倡完全失能的老人去有资质的长期照护机构接受服务,保险公司与失能老人自己选择的长期照护机构签约,每月3000元保险金直接给付到机构。如果老人实在不愿去机构而愿意居家,在落实了由失能老人选择的有一定资质的非正式照护提供者之后,一部分照护费用可直接付给服务者,同时要预留出部分资金(譬如500元)用于购买社会性支持服务。

参考文献:

- [1] 习近平对加强老龄工作作出重要指示强调:加强顶层设计完善重大政策制度 及时科学综合应对人口老龄化[N]. 人民日报,2016-02-24(001).
- [2] 习近平:推动老龄事业全面协调可持续发展[N]. 人民日报,2016-05-29(001).

- [3] 世界卫生组织. 建立老年人长期照顾政策的国际共识[R/OL]. (2018-01-15)[2000]. http://www.who.int/publications/list/WHO_HSC_AHE_00_1/zh/.
- [4] 世界卫生组织. 关于老龄化与健康的全球报告[R/OL]. (2018-01-15)[2015]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/9/9789245565048_chi.pdf?ua=1.
- [5] 世界卫生组织. 中国老龄化与健康国家评估报告[M/OL]. (2018-01-15)[2016]. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194271/5/9789245509318-chi.pdf>.
- [6] 崔旋,李玲,陈秋霖. 老龄化对医疗卫生体系的挑战[J]. 中国市场,2011(16):56-59.
- [7] 杨燕绥,于淼. 人口老龄化对医疗保险基金的影响分析[J]. 中国社会保险,2014(10):12-15.
- [8] 日本介护工作研究所. 日本介护保险[M]. 张天民,刘序坤,吉见弘,译. 北京:中国劳动社会保障出版社,2009.
- [9] 茆长保. 丹麦的老年福利和养老服务及其对中国的启示[N]. 中国社会报,2014-03-03.
- [10] 唐钧. 长期照护保险:国际经验和模式选择[J]. 国家行政学院学报,2016(5):42-48.
- [11] 冯国栋,仇逸,刘硕. 医保基金增幅“收不抵支”藏风险[N]. 经济参考报,2016-02-05(1).

(责任编辑:吴玲)

· 简讯 ·

《河海大学学报(哲学社会科学版)》等期刊编委会换届会议顺利召开

2017年12月28日上午,河海大学在闻天馆召开了《河海大学学报(哲学社会科学版)》等期刊的编委会换届会议。会议由副校长郑金海主持,党委书记唐洪武,校长、党委副书记徐辉,编委会成员及编辑部工作人员参加了此次会议。

徐辉校长对各位编委长期以来给予河海大学学术期刊的关心和支持表示感谢。他表示,创办出一流的学术期刊是一流大学和一流学科建设的使命所在,更是扎根中国大地办世界一流大学的必然要求。当前,河海大学正在深入贯彻落实党的十九大精神和习近平总书记新时期治水兴水重要战略思想,要紧密围绕经济社会发展和水利行业需求办学,以一流学术期刊建设为重要抓手,全面推进学校双一流建设。党委书记唐洪武指出,要充分认识期刊在高校“双一流”建设和提升国内外影响力中的作用。他在充分肯定办刊成果的同时,希望河海期刊要有先进的办刊理念,并在世界一流大学的建设中传承和发扬光大;要紧密追踪国际学术前沿与发展趋势,重视重大现实问题的研究和学科交叉研究,办出品牌特色;要与国内外相关的学术机构、期刊加强交流,研讨学术观点,相互促进,共同发展,有效地开发、利用学术资源,更多地吸引和刊发优质稿件;要承担科学传播的责任,利用互联网+媒体融合技术加大推介和传播力度,扩大期刊品牌的宣传;要加强期刊编辑的培训工作,与高水平的国外编辑队伍进行交流,与高校、科研机构、实验室、一流学会、专业委员会紧密合作,积极参与国际国内学术会议,跟踪学术发展动向。

副校长郑金海宣读了《河海大学学报(哲学社会科学版)》等期刊的编委会换届文件名单,并由徐辉校长向王慧敏教授等主编颁发了聘书。

此次会议高度彰显了河海期刊强劲的社会影响力及发展潜力,与会人员参会后纷纷表示倍受鼓舞,受益良多。各编辑部人员更是表示要在办刊过程中“不忘初心”“继续前行”,始终坚持求真严谨的办刊理念,积极探索务实创新的办刊之路。

(本刊编辑部供稿)