

【编者按】 调查显示,2011年全国近四成人认为自己的幸福感提升不够,而其中“社会保障体系的不完善”是影响公众幸福感的主要因素。本刊2011年第4期开辟的“探索与争鸣”栏目,针对养老服务体系的问题开展了重点讨论,引起一定的社会反响。本期继续选登专家来稿,以飨读者。

老年护理保险制度的建立研究——上海个案分析

胡苏云

(上海社会科学院人口与发展研究所,上海200020)

摘要:上海目前的社会保障体系和养老护理管理模式已无法应对上海老龄化和高龄化带来的一系列问题,建立老年护理保险制度是应对人口老龄化、完善社会保障体系以及建设和谐社会的必要措施。根据国际经验和上海现状,建议抓住关键要素,逐步建立上海老年护理保险制度。

关键词:老年护理;保险制度;社会保障体系

中图分类号:C913.6 文献标识码:A 文章编号:1673-680X(2011)06-0005-12

老年护理保险,又称为老年长期护理保险,是为因年老、疾病或伤残导致丧失日常生活能力而需要被长期照顾的被保险人提供护理费用或护理服务的保险,包括医疗护理服务、社会服务、居家服务、运送服务及其他支持性服务。老年护理保险是一种健康保险制度,通过合同约定,当被保险人因疾病或衰老以至于生活无法自理,需要入住康复中心或在家中接受他人护理时的有关费用由保险人提供补偿。

建立上海的老年护理保险既是应对人口老龄化、改善老人生命质量的必要措施,也是完善社会保障体系、建设和谐社会的重要环节。老年护理保险建立涉及的范围较广,包括医疗、养老、相关产业与就业、保险设计、制度与政策等社会、经济、生活中的方方面面。

收稿日期:2011-11-22

作者简介:胡苏云(1964-),女,上海市人,上海社会科学院人口发展研究所研究员。

一、上海市老年护理现状及问题

1. 人口老龄化程度加深与社会保障系统不健全矛盾加大

目前上海人口预期寿命为 81.28 岁, 与全国平均水平相比上海老龄化发展速度较快。2005 年到 2008 年间, 上海老年人口平均每年新增 10 万。根据预测, 上海人口老龄化将于 2010 至 2020 年进入高速发展期, 2025 至 2030 年达到老龄化发展高峰。到 2030 年前后, 预计上海 60 岁及以上老年人口将超过 500 万, 约占户籍人口的 40%。在上海人口老龄化的同时, 高龄化的速度也在加快, 2010 年的高龄人口达 4.25%, 这一数字在 2015 年将达到 5.67%; 高龄人口占老龄人口的比例将由 2010 年的 20.73%, 发展到 2015 年的 26.25%、2030 年的 53.33%。由此, 2030 年上海市高龄化将接近峰值。

面对上海老龄化问题, 相应的社会保障系统明显不能满足需求。老龄化产生的各项费用支出包括医疗费用、护理费用、其他养老服务费用急剧增长, 并将长期保持增长趋势。医保的全覆盖使老年医疗费用的支出有了一定的保证, 但老年人对护理的巨大需求一直被排除在社会保障系统之外, 护理需求无法得到满足, 不仅影响了老年人的生命质量, 也带来了一些不稳定因素。随着人口老龄化程度的加深, 社会保障应该尽可能覆盖老年人的护理需求, 护理保险是构建和谐社会不可或缺的一个环节。

2. 家庭养老护理功能弱化趋势越来越明显

家庭养老是中国传统的养老模式, 在过去中国多子女家庭中, 照顾老人可以由子女分担完成。但人口大规模流动、家庭结构趋于小型化的大背景下, 这种养老模式随着越来越多的老年人独居或与配偶共同居住, 老年人从子女处得到的照顾有限, 自我照顾、互相照顾越来越普遍。上海比全国提前 20 年进入老龄化社会, 且已呈现高龄化特征, 全市空巢家庭的老人约 80 万, 其中单身独居老人近 18 万。按照上海的“9073”养老格局, 90%的老年人要实现家庭自我照顾, 7%享受社区居家养老服务, 3%享受机构养老服务。但目前上海的社区居家养老服务主要是为居家老年人提供以生活照料为主要内容的社会化服务, 居家护理服务提供明显不足, 护理费用负担也较重。在这种趋势下, 普通家庭照顾已不能满足老年人养老的需求, 更无法满足对老年护理的需求。为根本解决老年人口的护理问题, 有必要建立老年互利保险制度, 并进行老年护理保险试点。

3. 养老硬件建设和软件建设均严重滞后

在西方发达国家, 养老事业硬件和软件的建设都十分完备, 老年护理已经成为成熟的综合产业, 吸纳了众多分工清晰、责任明确的专业护理就业。但在上海, 养老产业化刚刚开始, 软硬件建设均远落后于不断膨胀的养老、护理需求。

(1) 养老护理机构

到 2010 年上海实际拥有养老床位可达到 10 万张,但平均每千名老人拥有床位仍仅有 32 张,与发达国家平均每千名老人拥有 50-60 张床位数的水平相比还有很大差距,与现在上海将近 54 万 80 岁以上高龄老人的实际需求相比有较大缺口。政府建设一个床位需出资 20 万元,短期内由政府投入大幅度增加床位的成本太高。此外,上海市每年约有 33000 余人次的老人入住养老护理病床,但实际护理床位需求却数倍于此。上海每年对于养老护理病床的需求高达 61.38 万人次,其中 54.4 万人次属于身患较重慢性病(如心血管病、脑血管病、老慢支、糖尿病、老呆症等)或脑梗中风后需要康复,6.97 万人次病情更重,需要获得全护理。但上海能够提供养老医疗护理服务的老年护理医院及所提供的老年护理床位远远不能满足需求,老年护理病床全部超负荷使用。

(2) 老年护理队伍

上海老年护理的人力缺口一直较大,尤其是专业老年护理队伍的建设落后。专业医生、护士严重短缺,人员趋于老化,而且专业素质不高。中心城区及郊区执业医师中大专及以上学历者分别只占 64%和 72%,注册护士以中专学历为主,只有 0.2%的执业医师有高级职称。

为了弥补专业护理人员尤其是护士的缺口,护工一直是上海老年护理服务中的主要力量,但目前护工从事老年护理服务存在着诸多问题。其一是绝大部分护工文化程度偏低,约 62%的护工是小学学历或文盲,没有受过任何专业护理教育与培训;其二,护工队伍流动性较大,外地农民工占 2/3 以上,流动性大导致本来就缺少专业训练的护工队伍更加缺乏经验;其三,即便是这样的护工队伍仍然不能满足基本的看护需求。

(3) 服务提供

上海目前各种老年护理服务缺乏分级分类管理,无法按不同的对象、需求提供不同等级、不同类别的服务,易带来服务条目不清、价格混乱、质量低下、投诉无门等问题。

4. 养老护理资源配置不公,存在浪费情况

老年护理并非一个独立的体系,而是由多级部共同管理,涉及的部门有卫生部门、医疗保险部门以及民政。目前,养老主要由民政部分负责,包括养老设施建设、服务提供;养老保险由劳动与社会保障局管理,医疗保险和医疗护理服务涉及社保局和卫生部门。由于多部门交叉管理,各部门诉求不一致,老年护理缺乏整体目标,无法形成统一规划和标准。

(1) 民政系统养老补贴和设施投入

上海自 2000 年推行社区养老至今,针对社区照料建立了一个补贴制度,以政府资助的方式使困难者能够购买得起服务。目前的政策规定主要是针对两类人群,第一类是 60 岁以上低收入者,有照料需求的可获得服务补贴。社区

组织会对申请者做一个评估,判断其需求程度(分为轻度、中度、重度)。轻度者每月可获得 300 元的补贴,中度者每月可获得 400 元,重度者每月可获得 500 元。评估的作用主要在于判断谁可获得资助,又可获得何种服务。评估机制根据 ADLS 量表来设定,包括生活自理能力、认知能力等几方面,通过数字化之后,可划分到具体的程度中。目前通过运用这一方法,已经在上海社区中对将近 12 万老年人进行了评估。第二类人群是 80 岁以上的高龄老人,若其养老金低于城镇平均水平,并且有被照料的需求,则可获得 50% 的资助。过去 5 年里,政府提供的养老服务补贴经费约 13 亿元左右。

此外,市建设财力和市福利彩票公益金对全市 5 万张新增养老床位和 100 家老年人日间照料机构项目一次性建设补贴总投入约 2.8 亿元。

(2) 医疗卫生系统老年医疗护理投入

目前上海医疗卫生系统下属有 66 家护理院,240 多家社区医院。66 家护理院中,约 40 家与社区医院重叠。护理院和社区医院的总数约为 250 至 260 家,核定床位共 7973 张(60 岁以上老人人均护理床位 0.0027 张)。

老年护理院人均住院时间 137 天,明显大于一级医院的 99 天。许多老人选择长期住院,将护理费用转嫁到医疗保险中。上海目前大约有 20% 至 30% 的住院老人并不需要医疗服务,一级医疗机构或老年护理院收治的长期住院老人中至少有 30-50% 完全不需要长期提供专业护理,他们所需要的是保健、康复或机构养老服务。2008 年,半年至一年长期住院人数仅占总人数 35%,却占据 82% 的床位(住院总天数)和 67% 的总费用;医保对入住半年以上的老年人支付了 4 亿多元的费用,平均床位费为 120~130 元/天。根据人保局医保办对 2008 年 66 所护理院 26578 名住院人员费用调查,城保、镇保和居保人员住院总费用为 4.3 亿元。根据推算,4.23 亿元总费用中有 3.6 亿元是由医保支付的,个人自付为 6000 多万。

表 1 各类保险老年护理院费用支付情况 亿元

	城保	镇保	居保	合计
自付比%	12	40	32	
总费用	3.82	0.28	0.13	4.23
其中医保支付	3.366	0.168	0.0884	3.618

数据来源:根据人保局医保办《医疗保险研究》2009 年第 10 期中“关于上海市老年服务情况的研究”的表 4 计算。

目前养老护理机构的床位数对上海的老年人来说还是供不应求的,其主要原因在于:医保支付的比例高,一些老年人入院之后就不愿出院,造成床位紧张。而养老院和居家养老的老人中有部分需要较多专业医疗护理的老人却无法得到服务。此外,老年护理院与养老机构、家庭病床享受的医保待遇悬殊,

后二者不能将护理费和床位费纳入结算,造成实际上的分配不公平。因此,将护理功能独立出医疗和养老,将护理保险独立出医疗保险就显得十分必要。

二、老年护理保险的国际经验

1. 日本公共护理保险

(1) 政府是护理保险管理主体。

(2) 参保人群不限于老年人。日本将 40 岁以上的人口全部纳入护理保险范围内,并采取强制加入的方式,按照一定比例缴纳保险费。其中,65 岁以上的为第 1 号被保险人,40-64 岁的为第 2 号被保险人。第 1 号被保险人被分为五类,交纳与自己的收入水平相对应的固定金额的保险费,低收入者的保险费负担则减轻;第 2 号被保险人根据已加入的医疗保险计算保险费,并与医疗保险费一并交纳。

(3) 缴费水平

40 岁~65 岁的老年人负担护理总保险费的 33%;65 岁以上的老年人负担 17%(均从其养老金中扣除),余下的 50%由中央和地方政府负担。其中,中央政府承担 25.0%,县级政府承担 12.5%,市、县、村承担 12.5%。

(4) 保险分类给付

65 岁以上(也称第一号被保险人)因卧床不起、老年痴呆等原因需要经常被护理或需要帮助料理家务、起居等日常生活的老年人。40 岁~65 岁(也称第二号被保险人)患有 15 种政府认可的原发性老年性疾病之一的老年人。

(5) 给付方式分为居家护理服务和机构护理服务

居家护理服务:当被保险人在家里或机构中接受护理服务时,所需的费用 90%由护理保险费来支付,个人只需承担其中的 10%。

机构护理服务:一是需要特别护理的老人院,每月自费为 5 万~6 万日元;第二类是老人保健设施,自费额约每月 7 万日元;第三类是疗养型病床设施,费用是三者中最高的。

(6) 护理保险运行特点是各方参与

护理保险突出了市、町、村等基层政府在老年护理保险运营管理中的主体地位;在增加服务享受者义务的同时,也提高了其选择服务组合、服务供给方的自由和权利;而且有诸如生活协会、农协、NPO 法人运营的非营利团体、全国劳动灾害协会、自主福祉团体、社区福祉团体等组织作为服务供给方,参与到社区福祉建设中来。此外,还有民间营利企业参与竞争。老年护理保险的实施将老年福祉从行政管理框架中剥离出来,提高了社区居民的自主性。

(7) 护理人员

各类设施的护理人员由护士,社会福祉士、专门介护学校毕业的介护福祉士(生活护理员)构成。第一类称为福利护理员,需要 2 年的正规学习,并通过

国家统一考试及格后才能取得上岗资格,他们一般在护理设施内就职,从事技术性较强的护理服务;第二类称为访问护理员。

2. 美国商业保险主导模式

(1) 美国以商业性护理保险制度为主

美国上世纪 80 年代即出台了长期护理保险政策,但当时仅支付老年人入住护理院的费用,主要是因为当时愿意入住护理院的人少,所需支付的费用也少。目前美国长期护理保险已覆盖到了居家护理、社区护理的层面。但是年轻人仍不愿意购买这一保险,而需要购买的老年人又认为负担不起。低收入者可以享受医疗补助(medicaid),而年收入达到 20 万美金以上的老年人更倾向于直接自付给长期护理的机构。所以,在美国适合长期护理保险的收入人群还是很少的,即使是收入适合于长期护理保险,有的人认为自己以后的收入会更高,从而也不愿购买长期护理保险。而目前美国也没有强制购买长期护理保险的法律和提案。

(2) 公共老年医疗保险、医疗补助与护理偿付的关系

若一个老年人住院时间超过 3 天,老年医疗保险(medicare)支付 180 天,每月重新评估。在此之后,如果可自由选择支付方式,可采用长期护理保险(long term care insurance)、自付或是接受医疗补助(medicaid)。医疗补助(medicaid)对受益者要求很高,一般是非常贫穷的人才有机会享有,有些州的条件还会更加苛刻。

老年医疗保险(medicare)在家庭健康护理(home health care)方面支出的主要项目有:第一,医生、护工的上门费用;第二,特殊医疗器材的使用,例如呼吸机、氧气机等;第三,理疗、语言康复等项目的费用。大部分的费用用于出院 3~4 个月之后短期内的康复治疗费用。也有一部分用于长期照料机构(long term residents),仅有极小的一部分用于护理院中临终关怀(hospice care)项目上。

(3) 护理院资金来源于公共医疗保险制度

护理院的 50%来源于公共的医疗补助(medicaid);15%来源于老年人医疗保险(medicare);剩下的 35%来源于商业性长期护理保险或是自付。不同的护理院对政府依赖的程度不同,有的完全不需要政府资助,而有的可能需要更高比例的政府购买。一般而言,如果不获得联邦医疗保险(medicare)、医疗补助(medicaid)的资助,护理院的运营将会十分困难。

3. 日本和美国护理保险面临的主要问题

(1) 护理偿付等级划分造成推高了现实中护理水平,造成护理费用增长幅度超过预期,并带来资金压力。

(2) 护理人员的待遇与能力不相适应,影响了服务质量。按规定护理人员必须持有国家颁布的资格证书才可上岗。但由于护理需求过旺,有资格的护理人员供给明显不足。放宽限制又使得整体护理水平下降,而待遇与能力的不相

适应影响到了护理人员的工作积极性。因此,护理人员的储备和培养应在护理服务推出之前,其报酬也应该事先予以明确和规定。

(3) 护理服务外延界定不清,与其他社会福利相交叉,给实务操作带来难度。老年护理服务包括精神、医疗、生活服务三个层次,其中必然涉及老年人的医疗、福利和护理服务制度。三者的侧重点各有不同,但对于交叉地带,责任归属和费用负担在理论框架上并不明晰,造成实务处理时相互推诿。因而,对护理保险的理论问题研究应具有前瞻性,用前沿的理论指导实践。

三、上海老年护理保险发展的主要方向

1. 尽快建立护理保险制度,将护理需求专门化

与其他年龄段人不同,老年人由于生理机能减退,完全康复能力相对弱,其患病不仅需要专业的医疗机构照料,更需要专业的护理机构的特别照料。老年护理的需时一般较长,普通家庭照料不能满足其专业性需求,护理费用的控制也较难。由于社会医疗保险和商业医疗保险均不覆盖护理费用,导致一方面许多老人年的护理需求无法满足,另一方面也造成不少老人长期住院,把医院当作护理场所,将医保扩大覆盖至护理需求,这一道德风险将很难控制。由于没有独立的护理保险,老年护理只能继续依赖医保,这也导致了医疗保险基金的负担和风险越来越大。因此,有必要建立独立的护理保险制度,彻底解决老年护理问题,这不仅能保障医疗保险的安全运行,也能保障人口老龄化社会稳定发展。

2. 老年护理嵌入居家养老

目前上海的主流养老模式是以完善居家养老为主,机构养老护理为辅。做实居家养老,需要把护理服务在内的社区服务引入家庭,以弥补家庭养老的不足。居家养老的老年人在选择家庭的同时,可以通过护理评估机制评估出其应该享受的护理等级和护理模式,由护理保险覆盖主要费用支出。

居家养老目前主要依托社区综合服务,尤其是社区卫生服务,包括预防、保健、健康教育、常见病多发病治疗与康复。护理保险所覆盖的护理服务可以充分利用社区卫生服务的现有资源,并整合其他服务,逐步建立起一个综合的、具有经济、方便、有效、一体化、网络化特征的老年医疗保健护理服务体系。最终使老年人的医疗保健、护理康复、临终观怀、一般照料等各种服务有机地嵌入居家养老,提高老年人的生命及生活质量。

3. 机构养老—护理专业化、标准化和投资多元化

鉴于上海目前养老护理机构和医疗保险等方面存在的诸多问题,尽快实现养老—护理机构的独立化、专业化、标准化就成为保证老年护理保险顺利实施的基本条件。完全由政府投资建立老年护理机构困难较多,将民营资本引入养老护理行业是解决护理机构—服务不足的理想办法。

建立专业化、标准化的老年护理机构有利于规范老年护理业,也有利于老年护理服务提供的专业化和标准化。不管是居家、社区还是机构养老的老年人,都有机会接受标准、专业的护理服务。同时,专业化、标准化的服务也有利于费用成本和风险的控制。

四、建立上海老年护理保险制度的对策与建议

(一)抓住关键要素:资金筹资和人员培养

1. 围绕筹资与给付,逐步建立老年护理保险制度

从试点基金逐步演变为护理保险基金,关键是整合现有资源;先形成相对独立的基金给付机构,负责准入、偿付等统一的标准;在试点基金基础上拓宽筹资渠道。

(1) 建立老年护理保险试点基金

政府应发挥组织筹资以及相应制度配套建设的作用。老年护理保险的筹资在初始试点阶段不宜另外新增加保险收费或提高现有医疗保险费率,而是先维持目前分别筹资的格局,然后整合成为老年护理保险试点基金。

基金主体是一定比例的医保基金,以及相对固定比例和额度的财政补贴。试点基金按比例先只覆盖试点地区的老年护理保险运作,其中既有市级财政投入,又涵盖了区县政府的财政投入。在试点成熟之后的护理保险全覆盖推广时,再考虑扩大区域范围。

试点基金关键是整合现有医保、卫生和民政系统老年护理和服务有关的基金集中使用,这些资源包括:大部分用于社区老人服务的卫生部门人头预防保健经费;医保部门医保费用支付了大量医疗机构和家庭病床的老人护理服务项目;民政部门大量用于机构养老和居家养老服务的补贴。

(2) 形成相对独立的给付机构

从国际上看,长期护理的支付方式大致可分为三种,第一种是完全独立于医疗保险的支付方式,如日本、德国的护理保险;第二种是筹资与医保相关,但支付与医保分开的模式;第三种是类似于美国的模式。

鉴于目前尚无条件建立象日本、德国那样公共的、独立的长期护理保险制度,而又不适合采用美国那样的制度,可以考虑在筹集到试点基金后,建立基金支付与医保先分开的模式,与此同时,逐步整合现有的分散在各部门的资金和资源,最终能形成独立的保险制度模式和固定的公共财政投入机制。

从给付对象看,先限定为65岁以上因各种疾病卧床、出院后医嘱需康复护理的病人、老年痴呆、其他慢性病生活不能自理等需要中长期护理或需要临时护理的老年人。

从给付方式看,采用现金给付和实物给付方式相结合的方式。家庭护理服务:当被保险人在家里或机构中接受护理服务时,所需的费用80-85%由护理

保险费来支付,个人只需承担其中的15-20%。护理院护理服务:根据护理院等级、被护理老人需求的不同,自付水平不同。

给付程序:申请-评估-准入制,施行中长期护理准入制。

(3) 逐步拓宽其他筹资渠道

将与老龄有关的部分国有资产划入老年护理保险基金;建立多层次多水平的自主购买护理保险项目(免税项目)和最基本的全覆盖强制护理保险,实现广覆盖和保障水平多元化。在护理保险全覆盖运行成熟后,考虑在适龄人群中按适当比例缴纳保险费。

2. 关注建立护理人员执业资格制度,发展与老年护理相关的职业培训

护理保险的关键虽然在与筹资和给付,但是资金有效性需要服务供给来匹配。纵观各国护理保险,其共同特点是护理人员短缺普遍存在,关键是缺乏相对吸引人的激励性薪酬和合理的职业等级晋升方案,因此,如要推进护理保险的健康发展,护工培养体系的建立必不可少。

(1) 护工职业化与资格制

专业的护理机构需要专业的护理人才储备,为保证老年护理业向专业化方向发展,需要护理人员的职业化。按照发达国家的老年护理经验,目前建立老年专业护理队伍最紧迫最现实的途径是护工职业化。实现护工职业化的可以建立一个专业护理人才培养体系,不断为养老-护理产业提供职业护工;另一个方面,相应的法律法规可以规范职业化护理薪酬,解决目前护理人员薪水低、稳定性差的问题。

建立护工职业化培训机构:可依托各区的职业培训学院等各类大专、职业学校等,建立全市统一的护理培训学校(课程),统一课程与考试,学制半年至一年,全日制和弹性制两种选择。招生面向全社会各类人员(包括外来人员)。早期学费主要由政府承担,少部分由学生个人承担。

建立护工职业资格就业:毕业合格的学生颁发护理职业资格证书,方可进入专业护理岗位,领取与其资格相应的薪酬(立法制定时薪、日薪或周薪等),由政府认定的专业护理机构聘用。此外,获得护理执业资格的人才应获许进行专业护理服务,包括:第一,家庭生活护理服务,采用时薪制,需由专门的护理职业资格机构(或护理院)根据老人情况进行指派及制订服务时间及内容,收费标准根据护理保险法执行;第二,家庭专业护理,为在家卧床的老年人提供必要护理服务;第三,其他老人所需要的专业护理服务。

护工职业级别制:为加强护理职业的稳定性,可制定护工护理职业等级,获得执业资格的护工可在拥有一定经验和通过级别考试后进入更高等级,薪酬水平相应增加(立法统一制定)。

(2) 发展与护理相关的教育培训产业

养老-护理体系的建立,需要家庭成员掌握基本的专业护理知识,养老护

理机构需要大量专业的护理人员。护理将从单纯照顾患者生活和疾病护理扩展为全面照顾和满足患者生理、心理及社会方面的需要,包括医疗护理、生活护理和精神护理等多方面的护理。护理服务的对象不只是患者还包括健康人,因此对护理人员的培训不只包括传统医疗、基础护理方面的知识。这一产业的发展有利于老年护理业发展,同时有利于扩大养老-护理产业的就业。

(二)关注规范和标准

1. 建立保险偿付标准

(1) 建立一套快速有效的“医疗-护理-养老”标准评估机制

明确划分老年人的医疗需求、护理需求、一般养老照料需求的标准和界限,并将后两个需求标准更细地分级分类,使不同级别类别的需求对应不同的护理等级和护理内容,在老年人身体逐渐康复阶段调整护理等级及建立护理退出评估。保证不同需求的老人得到相应的护理照料;同时保证福利资源公平公正的分配和有效使用;此外,需维护评估制度的透明、准确与公平性。

“医疗-护理-养老”标准评估机制的评估主要包括:界定医疗与护理界限;确定护理分级标准,依据标准评估申请人所需的护理等级及护理服务内容,被护理者退出护理依据同样标准。护理保险根据这些标准决定保险支付;确定护理机构的评级标准,并定期评估。

(2) 制定中长期护理申请特别程序

第一步,老人向本地区社区医疗中心申请长期护理资格;第二步,社区医疗中心与“医疗-护理-养老”标准评估机构对申请进行情况调查;第三步,评估机构评估申请人是否符合入住专业护理院的条件;第四步,如符合条件,确认入住。

如床位短缺而申请人较多,则需要轮候。护理院按“医疗-护理-养老”标准-评估机构所评估的护理标准高低,实施部分自付费(自付标准不宜过高),其他由护理保险覆盖。护理标准高的护理院,自付费水平可以适当提高。

2. 制定专业护理院标准,加强专业护理机构建设

制定新的专业护理院标准,实行分级管理。鼓励各方资金(民间、国外)投资专业的老年护理机构——老年护理院,并对其进行标准化。对这类新建护理机构免地租,实行政府、民间、社团共同投资,并鼓励各类慈善捐款进入,由专业方进行管理。同时将现有的部分社区医院、护理院进行护理院标准化改造。护理院由市场政府统一评估合格后发证,方可获得护理保险的资金资助,同时建立护理评级体系,用于定期评估护理院的情况。

根据老人自理能力和病情轻重进行分级护理,提供综合长期护理服务,应包括疾病护理、生活护理、心理护理和康复护理及娱乐服务,并应提供认知有损害者(重度老年痴呆)给予特别护理。护士提供专业照料,护工提供专业指导下的一般护理和生活照料。

专业老年护理院主要为老年护理保险覆盖的人群提供专业护理服务,此外,普通养老院为健康老人提供养老服务的同时,可以承担一部分护理需求较为简单的老人,生活照料为主,专业护理为辅。

(三)辅助和配套要素

1. 建立老年护理救助制度

在建立对普通老年人群的护理保险制度的同时,要考虑建立针对少数贫困老年人群的护理救助制度。这一制度覆盖收入较低或无收入以及无子女照料的特殊老年人群。老年护理救助将独立于老年护理保险,其出资全部由政府负担,向护理机构服务提供方购买服务,入住专业护理院无需自付费。这一部分需求的评估也可以纳入“医疗-护理-养老”标准评估机制,结合其收入、财产状况和子女情况评估进入老年护理救助。

2. 鼓励志愿者进入老年护理服务行业

鼓励社区志愿者申请进入老年护理服务,志愿者可先进行简单的护理培训,然后社区管理者根据服务需要统一计划分配义务服务时间和内容。未经养老或护理培训者,可提供卫生清洁、陪老人聊天和文艺表演活动等。志愿者参与老年护理可部分解决老年护理服务提供不足的问题,并降低服务成本。

3. 提供一个服务平台,将养老-护理-保险网络化、一体化

政府可以通过互联网、现代通讯技术手段,提供一个服务平台,将医疗服务、护理服务、家庭照料服务、保险申请评估服务整合在一起;同时这一平台也提供给其他老年产业服务提供商使用。建立起一个虚拟的网络养老院+护理院,并提供其他相关服务。

4. 引导各类服务提供商进入老龄产业

政府需对老龄产业进行扶持推动,并保证在制度和政策上给民营业者足够的支持,鼓励并引导各类服务提供商进入老龄产业,以满足老年人多种需求,提供多种养老护理服务。最终形成提供老年人预防、保健、护理、理疗、康复训练和健康教育为一体的连续性综合性的服务,提高老年人的生活质量。开发不同养老护理机构类型,满足不同服务需求。

政府也可在管理上进行创新,使得更多的机构可以参与到养老护理服务提供中。通过社会公开招标引入专业管理机构,创新服务管理。

5. 完善立法建设

政策方面,国家先后颁布实施了《中国护理事业发展规划纲要(2005-2010)》、《关于加快发展养老服务业的意见》(国办发[2006]6号文件)等。但目前对老年护理的定位仍不明确,与医疗的界限也不清晰。其他如《老年人社会福利机构设置的基本标准》、《老年人护理分级标准》等也缺乏与老年护理服务、护理保险直接相关的法律法规保障。

政策对老年服务业的民间投资也缺乏相应的鼓励、引导、规范。因此,需

要在法律和制度上对老年护理保险及相关行业和从业人员进行保障是很必要的。

地方立法保护:老年护理保险法或护理保险法,以及其他与护理执业相关的法律法规,为社会福利专业化的人才培养和规范制定统一标准。建立专门的管理机构负责老年护理保险与老年护理相关管理工作。

参考文献:

- [1] 翟卫平. 日本老年护理保险制度对我国的启示[J].北方经济,2007,(10).
- [2] 李赖志,赵维良.发达国家医疗保险改革及对我国的借鉴[J].财经问题研究,2009,(3).
- [3] 王斌全,赵晓云.日本老年护理的发展[J].护理研究,2007,(33).
- [4] 乔利剑.大力发展长期护理保险,完善社会保障体系[J].中国医疗保险,2010,(05).
- [5] 彭荣.关于我国开展长期护理保险的几点思考[J].浙江金融,2008,(11).

Elderly Care Insurance System Research – A case Study of Shanghai

Hu Suyun

Abstract: Shanghai's current social security system and pension original nursing management model have been unable to cope with the series of problems brought by Shanghai aging, establish the elderly care insurance system is to deal with the aging of the population, to improve the social security system, the construction of harmonious society and the necessary measures. According to the international experience and the current situation of Shanghai, we suggest to seize the key elements, gradually establishing Shanghai elderly care insurance system.

Key words: aged care; insurance system; social security system

(责任编辑:张蕊青)