

照料社会化: 长期照护保险制度实践研究

——基于对青岛市长期医疗护理保险的考察

张文博

(中国社会科学院社会学研究所, 北京 100732)

摘要: 以2016年国家人社部发布《人力资源社会保障部办公厅关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》为契机,对青岛长期医疗护理保险制度进行重点考察,从社会照料转向的视角,着重探讨长期照护制度中政府、社区、家庭与市场等多元主体责任及其协同安排,并就中国长期照护保障体系的责任主体和模式选择的多元化、社会化提出相应对策建议:以目前青岛市的制度实践而言,存在制度基础、制度设计、制度执行等方面的实践限度;在医疗护理上,居家医护在4种医护形式中实际使用和业务结算均占比最高,居家安排仍是绝对主流;在生活照料上,家庭仍承担主要责任,但社会支持明显不足,严重缺乏家庭照护者支持政策,亟待长期照护保障体系向社会照料方面拓展。

关键词: 人口老龄化; 社会保障; 医疗护理保险; 家庭照料; 社会照料

中图分类号: C 913.7

文献标志码: A

文章编号: 1671-0398(2017)06-0024-10

据《2016年社会服务发展统计公报》显示,截至2016年底,中国60岁以上老年人口已增至2.3086亿,占全国总人口的16.7%,其中65岁以上老年人口为1.5003亿,占到总人口的10.8%。《2016年中国残疾人事业发展统计公报》则显示,中国残疾人人口基础数据库入库持证残疾人3219.4万人,另外尚有5000多万未持证的残疾人。随着我国人口老龄化程度的不断加深,相对于低龄、健康、乐活者的社会福利服务,高龄、非自理者的长期照护(Long-term care, LTC)问题已成为当下老龄化社会的最大风险之一。一方面,在第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查中,老年人口中失能、半失能老人总数已超过4000万,占到老年人总数的近两成(18.3%);残疾人中的重度残障者逾2500万,智力或精神障碍者逾千万。另一方面,不断推进的城镇化,人口流动以及家庭核心化、小型化,致使我国城乡家庭老年人口独居或空巢情况加剧,农村空巢老人达到一半以上。在此情况下,老人和残疾人特别

是高龄、非自理者的生活照料和医疗护理问题成为当下社会化服务的重中之重,长期照护的责任主体也日益跳脱单一家庭而转向社会。

一、研究问题与相关文献回顾

在早期中、西方社会,照料活动都被更多视作私人领域、家庭责任范围的一种女性命题;而与照料相关的讨论则长期表现为一种二元论:公共领域还是私人领域,社会劳动还是家务劳动,男女共担还是纯粹女性行为,有偿还是无偿,等等^[1]。随着城市化、工业化的快速发展,作为传统照料者的女性日益走出家庭,参与劳动力市场,家庭女性照料的责任和功能均已发生巨大的结构性变化,照料问题更多需要社会支持。

面对照料问题的结构困境和社会危机,国内学者岳经纶(2016、2017)前瞻性地指出:应基于社会现实反思中国当前的福利发展理念和社会政策研究范式,并提出社会照顾(照料)研究范式^①。一方面,

收稿日期: 2017-08-02

基金项目: 中国社会科学院创新项目资助; 中国社会科学院亚洲研究中心课题资助(2017YYZX002)

作者简介: 张文博(1985—),女,陕西人,中国社会科学院社会学研究所助理研究员,博士

^① 岳经纶曾于2016、2017年在学术会议、讲习班等场合分享其关于社会照顾研究范式的前瞻性提法。如“社会政策的‘社会照顾’范式”,中国人民大学社会与人口学院、澳大利亚新南威尔士大学社会政策研究中心合办第一届社会政策暑期讲习班,2017年7月26日“社会照顾:一种社会政策研究的新范式”,中国社会科学院社会政策研究中心、社会学所社会政策研究室主办的社会政策工作坊会议论文,2017年7月27日。

中国目前人口结构、家庭结构与居住安排、家庭风险的变化以及人口老化压力下老年人照护服务需求的持续上升,都使得照料早已超越单一的家庭责任主体而不断走向社会化,也已超出传统的家庭非正式照料功能范围,更加要求照料的专业化;另一方面,社会保障从社会保险到健康管理与社会照料体系的转向,也凸显了社会照料的重要性和迫切性。我国社会保障体系已在逐渐从社会保险时代向社会照料时代过渡。

对于照料活动中极为艰巨的长期照护,世界卫生组织将其定义为:由专业人员(社会服务和卫生)和非正式照护者(亲属、朋友或者邻居)为那些不具备完全自理能力的人所提供的持续照护服务体系,以保证他们能继续享有自己喜欢的生活,尽最大可能保持其独立、自主、参与、个人满足以及人格尊严(WHO 2000)^[2]。可以看出,国际社会已将长期照护责任和服务从家庭照料拓展至社会照料。就这层意义而言,在社会抚养比之压力不断加大,核心家庭面临照料困境以及照料需求带来家庭分工,家庭消费结构转变与压力的情境下,加上空巢家庭、失独家庭^[3]照料等诸多方面的问题,对长期照护的研究便极有必要引入社会照料的视角,并基于此种社会照料转向,进行系统分析和长期照护保障体系建设。这主要涉及政府、市场、社区、家庭和个人等多个方面的责任主体和对多元主体分工的协同安排,包括筹资、服务供给与输送、人员培训等诸多方面。

目前,国内学者越来越多地探讨长期照护中多元主体责任分工、功能定位和协作的问题,其中,房莉杰(2015)从社会政策的视角指出中国长期照护制度建设的迫切性,并提出长期照护服务社会化、筹资社会化等基本要求^[4]。高传胜(2016)从供给侧结构性改革的视角区分养老服务的公共部分和市场部分,认为长期照护服务必须走多元化、包容性发展道路,即市场化营利性服务产业、社会化非营利性服务事业和兜底保障性政府公共服务分类协同发展^[5]。涂爱仙(2016)则从目前供需关系失衡的现实出发,着重分析了老年长期照护服务供需失衡的原因,并对政府责任进行了研究,包括制度安排、财政支持(政府购买服务及津贴补贴制度等)、分级管理等方面的内容^[6]。此外,还有学者对国外长期照护制度或体系的主体责任进行介绍和研究。刘涛(2016)基于德国长期照护保险制度的源起、制度设计及发展情况,根据西方福利多元主义理论,重点分析了福利五角中的国家、市场、家庭、社会网络和非

营利取向的社会福利组织是如何协同完成长期照护的福利目标的,同时,指出了长期照护制度要求一种混合形态的福利多元主义视角的独特性^[7]。刘亚娜(2016)则基于对美国“国家家庭照护者支持计划”的考察,分析了政府和家庭在长期照护中的分工,以及政府为实现家庭照料支持体系中的责任与重要作用^[8]。这对我们理解政府之于家庭照料和社会照料的责任有重要的借鉴意义,尤其是在我国家庭照料依旧占据重要方面的当下,积极的是,对于社区居家综合服务,目前社会已提出高度的现实需求,且已逐渐形成较好的社会认知与政策环境。

整体而言,在对长期照护制度和保障体系的认知上,国内外研究都越来越倾向于一种福利多元主义视角下的混合形态。那么,实践层面究竟表现如何?目前我国的长期照护制度探索尚处于起步阶段,地方实践也尚处于推行试点阶段;而青岛作为先试先行者,其已正式实行且运作相对稳定的长期医疗护理保险制度,对于全国的制度试点便有必要的现实指导意义。基于此,本文即以2016年国家人社部发布《人力资源社会保障部办公厅关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》为契机,以青岛地方实践为分析对象,从政策背景、制度设计及运行情况、现存问题与原因分析等方面,对青岛长期医疗护理保险制度的实践及其限度进行重点考察,尝试从社会照料转向的视角,着重探讨青岛长医护制度实践中的多元福利主体责任分工及其协同安排。

二、长期照护制度探索的政策背景

随着人口预期寿命的延长,老龄化风险的不断加剧以及残疾人总量和类别结构的不断变化,在中国人口“未富先老”之际,亟待完善中国社会保障体系中长期照护方面的相关制度和政策。

(一) 中央层面引导

早在“十一五”期间,中央层面已经注意到我国(社区)照料服务需求迅速增加的状况,并提出,在社区基础上“逐步形成为老年人提供老年照料、医疗保健、康复护理、家政服务、心理咨询、文化学习、体育健身、娱乐休闲等”综合性为老服务网络,开展以生活不能自理和半自理老年人为对象的“爱心护理工程”试点和示范工作(《国民经济与社会发展“十一五”规划纲要》,2006)。至“十二五”期间,更是明确指出“政府重点投资兴建和鼓励社会资本兴办具有长期医疗护理、康复促进、临终关怀等功能的养老机构”“优先发展护理康复服务”“实现养老

服务从基本生活照料向医疗健康、辅具配置、精神慰藉、法律服务、紧急援助等方面延伸”;同时“研究探索老年人长期护理制度,鼓励、引导商业保险公司开展长期护理保险业务”(《国民经济与社会发展“十二五”规划纲要》2011;《中国老龄事业发展“十二五”规划》2011)。

“十三五”期间,养老服务体系建设的更多转向“支持面向失能老年人的老年养护院、社区日间照料中心等设施建设”“全面建立针对经济困难、高龄、失能老年人的补贴制度”等;与此同时,在“健全全民医疗保障体系”下,提出“探索建立长期护理保险制度,开展长期护理保险试点”。在2016年5月27日中共中央政治局就我国人口老龄化的形势和对策举行集体学习时,习近平总书记重点指出:要着力完善老龄政策制度,“建立老年人相关保险和福利及救助相衔接的长期照护保障制度”。到2016年6月27日,国家人社部正式发布了《人力资源社会保障部办公厅关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》,在全国15个城市启动试点探索建立长期护理保险制度。至此,我国正式从国家层面提出探索在医疗保障体系下,面向所有城乡居民和不区分年龄的长期护理保险制度尝试。

(二) 地方实践:青岛市长期医疗护理保险制度

长期照护主要包括医疗护理和生活照料两大部分服务内容。在国家出台长护(长照)保险制度试点相关政策文件之前,青岛市已率先从医疗护理方面着手试点,并尝试建立了长期医疗护理保险制度。

2012年,青岛市先于全国启动试行长期医疗护理保险制度(以下简称“长医护制度”)。而在此之前,为响应中央简政放权、服务下沉的号召,青岛市从2005年起就已在社区设立医保基金管理处,并开始大力发展社区医疗机构和家庭病床;2006年开始将老年医疗护理试点纳入社区医保管理,同时,把老年护理院及具备相应医疗护理资质的养老机构纳入医保定点范围。在医、养服务社区化的基础上,面对趋深的人口老龄化带来的健康服务和医护资源需求压力,一方面为提高医疗资源和医保资金的使用效率,另一方面提供更具针对性和适配性的基本医疗护理服务,青岛市医保部门联合相关部门通过多种方案的多次测算,最终提出:在城镇基本医疗保险制度框架内建立长期医疗护理保险制度,即从医保基金中划拨出一部分用于筹建长期医疗照护保险制

度,从2012年7月起启动试行。

到2014年底,青岛市人力资源和社会保障局、民政局、卫计委联合财政局、老龄办、总工会、残联、红会、慈善总会等多个部门印发了《青岛市长期医疗护理保险管理办法》的通知(青人社发[2014]23号),以“积极应对老龄化,促进‘医养康护’相结合的新型服务模式的形成与发展,保障失能人员基本医疗护理需求”。随着青岛城乡三险^①的统筹以及社会医疗保险制度的推行,从2015年1月1日起,《青岛市社会医疗保险办法》(青岛市人民政府令第235号)正式实施,同时配套出台了《青岛市长期医疗护理保险管理办法》《青岛市长期医疗护理保险护理服务机构管理办法》《关于规范长期医疗护理保险经办管理有关问题的通知》等管理文件。青岛市开始正式运行长期医疗护理保险制度,并将参保范围从试行阶段主要针对城镇参保对象扩大到农村,实现了长期医护保险制度参保对象上的城乡全覆盖,同时,也成为全国第一个对全体城乡参保人实行长期医疗护理保险制度的地区。

三、青岛市长医护保险制度设计及运行情况

相较全国,青岛市早于1987年就已进入人口老龄化社会,且老龄化速度迅猛、程度趋深,高龄化和空巢化趋势明显。据统计,“十二五”期间,青岛市65岁及以上人口年均增长4.18%,而全市同期总人口年均增速为0.86%,老龄化增速明显快于人口增速。与此同时,“十二五”期末(2015年底),青岛市65岁及以上老年人口达到109.71万,占全市常住总人口的12.06%,高出同期全国水平(10.5%)1.5个百分点;全市80岁及以上高龄人口为24.79万人,比2010年“六普”数据增加5.34万人,年均增长4.97%,高出同期65岁及以上人口平均增速0.79个百分点;80岁及以上人口占65岁及以上人口的比例达22.66%,比2010年上升0.9个百分点,高龄化特征趋于明显。在人口老龄化压力下,一方面,青岛老年人口负担系数不断上升,仅靠传统的家庭非正式照料难以解决青岛市逾25万失能、半失能人员的照护需求,尤其是专业化护理需求,迫切需要社会化的长期照护服务供给;另一方面,经济社会发展与老/高龄化社会的照护需求不匹配也给受照护者家庭带来巨大的经济负担和陪护压力,也迫切需要社会化的长期照护保障体系和筹资机制。

^① 即城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险。

(一) 青岛市长医护制度框架

在保障对象上,按规定,参加青岛市职工社会保险、居民社会医疗保险的全体参保人即可纳入长医护保险覆盖范围。凡因年老、疾病、伤残等导致身体某些功能全部或部分丧失,生活无法自理,需要入住医疗护理机构或居家接受长期医疗护理的参保人,经评估鉴定后符合条件的,自核准之日起即可享受长医护保险待遇,相关医疗护理费用由长医护保险基金按核定报销比例和标准支付。

在筹资方式上,青岛市长医护并非独立的保险制度,而主要是通过从基本医疗保险基金定期划转的方式筹资^①,并根据经济社会发展和实际运行情况适时调整,参保人(及其单位)不再另行缴费。按照资金的不同来源,长医护保险还分为职工护理保险资金和居民护理保险资金,实行统一管理,分账核算,统一支付,分开核算收入、支出和结余。

在护理形式上,青岛根据不同的医疗护理需求以及不同的医保参保类型^②,分别提供医疗专护(简称“专护”)、护理院医疗护理(简称“院护”)和居家医疗护理(简称“家护”)等3种长期医疗护理形式,同时,针对新增覆盖对象的农村地区,长医护保险制度增加了“社区(一体化管理村卫生室)巡护”(简称“巡护”)的护理形式。不同的护理形式则对应不同的参保类型要求、量表评估要求、补贴标准及其他准入和退出规定等。其中,职工参保人可申办所有4种形式中的一种护理服务,居民一档缴费参保人可申办专护、院护和巡护3种形式中的一种护理服务,二档缴费参保人只可申办社区巡护。参保人根据《日常生活能力评定量表》的评分情况及其他相关规定,视需要按具体医护类型申请相应护理保险待遇^③。在符合申请资格的情况下,根据受护理者身

体条件和护理需求的变化,可以在不同医护形式之间便捷地进行灵活结转。

在医护资源上,正式开展长医护保险业务之初,青岛市即已批准10家二、三级医院(承接“专护”服务)33家具有医疗资质的养老机构(承接“院护”服务)和283家医保定点社区医疗机构(承接“家护”服务)。在资质和条件许可的情况下,机构也可同时开展不同形式的护理服务。

在保险支付待遇上,长医护保险不设起付线,三类参保人分别按照90%、80%、40%的报销比例,对应其可申办的不同护理服务形式和相关医疗护理费用获得保险支付。保险结算则按照“定额包干、结余留用、超支不补”的管理办法。

(二) 青岛市长医护制度运行情况

截至调研时^④,青岛市长长期医护保险制度的覆盖范围已从试行阶段的380多万医保参保对象增长到802.8万人(其中,职工医保参保316.6万人,居民医保参保486.2万人);政策惠及的目标人群从原先3万多名城镇失能人员扩展到9.4万名城乡失能人员(其中,城镇约3.1万人,农村约6.3万人)。

在医护资源供给方面,通过不断整合改造医院、社区卫生站、疗养院等大量医疗资源,青岛市开发了相对充分的具备护理功能的专护、院护和家护床位。截至2016年3月,青岛全市共有500多家获得资质的长期医护服务机构,其中有498家已正式开展了专护、院护、家护、巡护等业务。此外,青岛市4000余家一体化村卫生室从2015年起即按规定在农村地区承担巡护服务。

在服务提供和保险支付方面,医疗护理费用(含一次性医用耗材费、治疗费、出诊费等)实行按床日包干使用,其中家护为50元/床日·人次,院护

- ① 2012年启动试点时和3年试行阶段中,曾使用大量福彩基金等作为启动资金,后因各种原因终止,并非经常性筹资机制。
- ② 尽管城乡三险完成统筹并实行社会医疗保险制度,但由于基本医疗保险筹资渠道的不同,长期医护保险参保类型仍主要区分为职工、居民一档缴费(含少年儿童和大学生)和二档缴费(成年居民)共3类,其享受待遇在护理形式和报销比例等方面也相应有所区别。
- ③ 截至调研时,长期医护保险仅针对因病、因伤等原因常年卧床、完全失能者,失智及半失能等群体暂未纳入待遇享受人群;保险支付内容仅包括由定点护理机构提供的一次性医用耗材、治疗费、出诊费等医疗护理服务费用,不包括生活照料部分。
- ④ 中国社科院社会学所“社会政策与基层社会治理现代化”课题组的潘屹研究员、张文博博士等人于2016年6月对青岛市长长期医护保险制度的覆盖范围、护理形式、申请办法、执行情况等进行调研,共走访12家政府部门、医疗机构、养老机构的长照院护、家护部门,以及长期医疗护理保险制度不同护理形式的机构供方,并跟随家护医生上门观摩对签约家护在床者的家护服务。

为65元/床日·人次,专护为170元/床日·人次;巡护则按比例统筹支付费用(其中,职工参保人、一档缴费参保人按1600元/年拨付,二档缴费参保人按800元/年拨付);由基金管理部门根据签约机构的各项签约的床日(区分不同护理形式和不同参保类型^①)按期结算。以有关部门提供2015年1~6月统计数据为例,专护、院护、家护和巡护4项业务共结算20897人和4.68万人次,共结算306.5万个床日(其中,家护结算255.7万个床日,占83.3%;院护结算21.9万个床日,占7.1%;巡护结算14.7万个床日,占4.8%;专护结算14.5万个床日,占4.7%)。护理保险实付1.66亿元(其中,家护实付1.31亿元,占78.86%;院护实付1273.46万元,占7.67%;巡护实付53.88万元,占0.33%;专护实付2183.5万元,占13.15%)。

从制度试行至今,青岛市累计已有4万余名失能者享受了长期医护服务和保险待遇,保险基金支出10多亿元;目前正在接受长期医护服务的当期在床者约有1.6万。其中,接受各种形式护理服务的在床者平均年龄在80岁上下。

(三) 青岛市长医护制度的功能发挥与社会效应

长医护制度自试行以来,无疑发挥了巨大的积极作用。长医护制度自试行以来,无疑发挥了巨大的积极作用。首先,通过提供长期的机构或居家上门医疗护理服务,有效解决了失能人员护理服务专业性的问题,切实提高了受护理者的医护服务质量和保障水平。同时,长医护保险制度也明显缓解了城乡失能人员家庭在经济负担、照护知识与心理、精神状态等方面的压力。2015年上半年统计数据显示,如按6个月180天做初步的粗略计算,仅从306.5万结算床日一项即可看出,长期医疗护理保险当期已经解决了1.7万多个(17027.8)失能患者为期半年的医疗护理服务需求,期间人均结算费用近1万元,其背后便可能是对1.7万多个家庭(如计算赡养义务人核心家庭的话可能更多)的长期医疗护理服务需求的帮助和经济压力的缓解。

其次,在提供大量长期医疗护理服务的同时,从资金使用到供方建设的可持续性均有所优化。一方面,医保资金和医疗资源的使用得以更为合理的配置,使用效率大大提高。4年来,青岛市长期医护保险已累计支付1600多万个床日,而如果是“社

会性住院”,同样额度的资金则仅能支付二、三级医院100万余床日。另一方面,也有力促进了大量养老服务机构和基层医疗机构的健康可持续发展,培育了一批专业护理服务机构和医护人员队伍。政策试点启动初期,青岛市具备资质的长期医护服务机构仅有100余家,其中老年护理院或具备医护资质的养老机构有10多家,由医院开设的医疗专护机构2家。截至调研时,全市具备资质签约机构已有500多家,其中老年护理院或具资质养老机构增至近50家,专护机构增至16家。

第三,长医护保险制度通过制度调整,建立了以机构、社区(含村卫生室)和家庭为主体的“医、养、康、护”一体化服务平台,同时,把城乡特别是农村大量失能人员纳入护理保障范围,有助于推进照料的社会化以及统筹优化照料的多元责任主体之分工安排,为解决城乡失能人员的护理难题、解决家庭非正式照料困境提出了新的方向。

最后,除了传统的服务供给和输送,长医护保险制度还借助于现代高新技术(如护理保险移动办公系统APP的研发、测试和正式上线使用等),启动了个人健康管理和社区居家照护服务的智能化系统建设,包括:护理对象的电子档案建档,长期数据的收集、统计、分析,以及对护理服务的有效记录与监管等,一方面为家庭建设和功能实现提供了良好的政策环境与制度支持,另一方面也为健康中国战略提供了基础数据库和信息化平台。

四、青岛市长医护保险制度 现存问题及其原因

尽管青岛市的长医护保险制度发挥了较好的照护功能,也取得了巨大的社会成效,但在具体运行中依旧存在一些问题。以下将从制度执行效果出发,对一些主要问题及其原因作出分析。

(一) 现存问题

1. 尚不够平衡

尽管在制度目标和设计层面达到了城乡的全覆盖,但在制度推进、政策执行和实际需求满足等方面,调研中仍发现3个层面均存在的不平衡问题。

第一,城乡之间的不平衡。(1)不同医保参保类型的群体在享受待遇的人数和床日上所占的比例,与各类参保群体及其相应失能人员比例的对比

^① 职工医保参保人统筹支付90%,个人自付10%;一档缴费居民医保参保人(含学生和儿童)统筹支付80%,个人自付20%;二档缴费居民参保人只能享受巡护,不能享受其他类型的医护形式。

明显不匹配。以2015年前6个月不同医保类型的结算情况为例:在总结算20897人、共306.5万个床日中,职工类结算18010人,占86.2%,270.5万个床日,占88.3%;居民类(一、二档)共结算2889人,占13.8%,36万个床日,占11.7%。可以看出,长医护八成以上享受待遇者为城镇职工,城乡居民享受待遇者仅占一成多,其中原新农合参保人就更少。(2)主要针对农村地区而新增的农村卫生室“巡护”的护理形式,首先,应对农村长期医疗护理服务需求的满足程度远远不足;其次,业务相关的系统和软件开发积极性不强、进展缓慢,实际受益较少。以2015年前6个月的统筹实付情况为例:在护理保险实付的1.66亿中,社区巡护实付只有53.88万元,仅占当期长期医保实付的0.33%。可见,社区巡护的长医护更多停留在政策层面,实质性的服务提供与资金支持还远远不足。

第二,行政区划或区域之间的不平衡。受限于医疗控费和床位总量控制^①,长期医保业务的具体开展仍以市内六区为主,市郊区开展尚不够理想。据走访部门提供2015年相关数据显示,专护机构和业务开展仍主要局限于市本级;院护机构则多数分布在市内三区,崂山2家,城阳2家,黄岛、莱西、平度各1家;家护及巡护业务则主要集中在市六区(共434家,占98.2%),胶州4家,平度3家、即墨1家,莱西未开展。市郊区和下辖市在运营补贴、医保额度、医养结合床位补贴等方面很难享受到和市内和市本级一样的标准,很大程度上限制了这些地区的业务开展和目标人群受惠。

第三,服务半径区域之间的不平衡。以开展业务结算床日和统筹实付最多的家护形式(83.3%和78.86%)看,一方面,由于家护对资质机构的服务半径有严格要求^②,不能跨区接受病人,这就使得医护资源在不同服务半径区域的实际辐射不平衡与局部紧张;另一方面,由于不同业务类型的包干统筹支付标准有所区别,为应对签约各类参保类型群体的待遇差别以及相应的监管压力,各资质机构在实际开展院护、家护等业务时明显存在挑病人或机构之间互相推诿重病患者的情况,竞争秩序不良,进而加重了不同服务半径区域之间医护资源的紧张与不平衡。

2. 尚不够开放

制度的目标人群入口较窄,惠及人群依旧相对受限。出于医保保险制度的目标选择、筹资机制、政策环境等诸因素,目前的政策目标群体仅针对常年卧床、完全不能自理的失能参保对象,而其他很多也需要接受长期医疗护理服务的参保人(如失智者、患慢性重病的半失能者等)仍尚难以惠及。

3. 尚不够统一

护理人员队伍建设尚缺少统一的制度。不论是专护、院护还是家护,资质机构均仅承担医护服务,由相应医院(或签约机构)的医生和护士提供。至于生活照料部分则不在服务提供和保险支付的范围之内,生活护理员也主要由护理对象的家庭承担或自行聘请;尽管医院的院护部门承担了签约护理对象的生活护理员的部分培训工作,但尚不具备制度意义,医、护、养的结合仍待深化。此外,社工师、心理师、社区精神护理、健康指导等相关专业人员则更是严重匮乏。

(二) 原因分析

本文结合政策过程对青岛长医护制度的现有问题进行了初步的原因分析。

1. 制度基础的先天不足

由于是在基本医疗保险制度基础上建立起来的非独立的制度,青岛的长医护保险制度先天继承了医保本身的制度藩篱。

而青岛之所以率先进行长医护保险试点,除了应对老龄化趋深压力之下的多样化、专业化护理需求之外,还有如下两方面的重要考虑:一方面,首先从医护资源的利用上,区分了护理床位需求和医疗床位需求,将长期医疗护理需求而非医院治疗需求的在床者(即通常所谓的“社会性住院”)从医院病床中分离出来,可以提高医院病床的周转率和利用率,使医疗资源得到更为充分的利用,尤其是解决急性或重大病患入院难的问题。其次,从医保资金的使用上,较之医院住院的床位费,长医护在床者的日护理费和床位费大为降低,有利于节约医保基金。因此,青岛市的长期照护保障体系建设在政策选择和决策上就明显具有一定的地方语境和优先偏好;而这在另一方面也造成了目前制度的先天不足,随之带来一系列问题,例如,参保扩面问题,参保对象

① 按规定,全市医护、院护的床位数实行总量控制,原则上不超过同期四类护理形式在床人员总数的10%。

② 提供家护服务的资质机构无专车时限服务半径4公里以内,有专车则限8公里以内。

医保类型与基金贡献率的关系问题,护理资格(形式、内容)与护理需求评估的关系问题,待遇标准问题,等等。

所以,尽管青岛市的长期医保保险制度已经在其基本医保框架内稳定运行了4年多,并且发挥了极大的作用,但其仍处于起步和过渡阶段,有待发展成为一个更加完善并趋于公平的制度。

2. 制度设计的后天缺陷

制度的先天不足也直接带来一些后天缺陷。就现行制度而言,一个明显问题在于“量入为出”“以供定需”,尚不能完全基于需求导向发展成相对开放的长期医保制度。

从青岛市的实践看,其之所以能建立并运行起目前这样一个长期医保保险制度,有两方面的充要条件:第一,青岛市的医疗保险资金目前尚有较充分的结余,可以支持从中转移一部分用来做长期医疗护理,反过来实现对医保资金的节约、同时提高医疗资源的利用率。第二,青岛的医疗和护养资源比较丰富,包括医院床位、机构床位数量以及医护人员数量,可以提供相对充分的医疗护理服务。但是,在此基础上形成的护理保障对于长期照护来说还远远不够:一方面,制度仅面向医疗护理而未涉及生活照料;另一方面,其所能提供的医保服务保障力度和水平也在制度设计和管理上对入口(机构和护理对象)、分级(护理形式和护理等级)和结算(统筹和自筹的支付比例与标准)等方面提出了严格的要求和限制条件。

“以供定需”到长期照护实际需求在服务流量、内容和形式等方面的满足,尚有较远的距离。这不仅要求对长护资源进行供给侧改革,包括资金、资质机构和各类人员等,也要求不同主管部门之间的协调;同时要求制度设计在论证环节的需方测算,比如在入口上,有待根据护理分级的不断细化和护理待遇的逐步调整,将保障对象从完全失能者逐级扩展至半失能者、失智者以及有需要的老年慢性病患者等。

3. 制度执行的现实亏损

除了制度本身的不足,长期医保保险制度在实际执行中也遭遇一些现实的阻碍,包括现有医护资

源的布局 and 配置问题、医护服务的提供与输送及其与医护需求之间的矛盾、不同护理形式结转办理的问题等。例如,家护服务存在服务半径的现实情况,这里就可能出现护理对象的定点医保机构与其实际接受长医护的资质机构不一致的情况;也可能导致护理对象在持续需要长医护服务的状态下,因其生活照料者居住地发生变化等情况而造成资格中断、重新申请和排队的情况。再如,区分参保者类型和待遇标准,以及“定额包干、超支不补”的保险结算管理办法,事实造成护理服务机构之间的非良性竞争与服务质量打折。又如,医疗控费和床位总量控制等,加剧了几个层面的服务不均问题,等等。这些执行中的局限也给制度的功能发挥造成现实阻碍和损害,有待通过医疗资源在供给方面的进一步完善,来提供更充分、更均衡、更便捷的长护保障服务。

五、青岛市长医保保险制度的实践与启示

考察青岛市实施长期医疗护理保险制度在实践当中的已有经验及其限度,可以为全国长期护理保险制度的探索提供有益借鉴。

(一) 青岛市长医保制度的实践经验

国家“十三五”规划在“健全全民医疗保障体系”下提出“探索建立长期护理保险制度,开展长期护理保险试点”,至少传达了两点信息:第一,对长期护理保险制度的探索在目前阶段并不是一个完全独立的保险制度,而是放在基本医疗保障体系之下,因此,其筹资机制和结算管理方式都已经有了相对成熟稳定的基金池和经办机构,不需用从头搭建一套新的体系,也不需用个人(和用人单位)另行单独缴费。第二,探索建立的长护制度不再仅仅是面向老年人的老年长护,而是面向全体城乡居民、不区分年龄的参保者。虽然老年长期照护毋庸置疑是全球老龄(化)社会所共同面临的难题和养老服务供给的重中之重,但恰恰也是老龄问题的遮蔽,致使中国长期照护问题因受“老年”主体这一偏见的长期误导^①而未获实质性发展,也影响了包括残疾人在内等大量长期医疗护理和生活照料实际需求者的需求释放与多层次服务供给^②。

从青岛地方实践来看,在制度设计和筹资机制

① 尽管长期照护需求可能发生在生命的任何时段,但其发生几率和频度却随年龄老化而加快增长,这也是导致这一“老年”误导的主要原因之一。

② 同样值得注意的是,中国的康复辅具产业发展因受“残疾”偏见的长期误导,而致使老年辅具相关养老产业的发展也迟迟难有突破性推进。

上,长医护是基于基本医疗保险而建立的非独立的制度,可在不同医疗护理形式之间灵活结转,并支持医疗护理和医疗门诊、医疗统筹之间便捷衔接;在覆盖范围和保障对象上,长医护制度不区分年龄地面向全体城乡居民,对经评估有需要的参保人按规定给予分类、分级保障。该制度整体上比较符合目前经济社会发展阶段的长期照护保障体系建设政策期待。

(二) 青岛市长医护制度实践限度

对照长期照护保障体系的政策目标、制度设计运行和长远发展看,从青岛长医护制度目前的实践情况已能观察到诸多方面的实践限度,比如生活照料部分的社会支持严重缺失,包括院护、家护等不同长医护形式中正式或非正式生活照料供给普遍不足,难以与医护工作形成有效配合,有损于整合长期照护服务及其质量。在这一方面,亟待健全养老护理人员培训平台、机制和计划,加强各类专业化护理人员和管理人才队伍建设,完善全科医生、专业护士多点执业制度,建立执业人员备案管理制度,逐步扩大长期照护保障体系的认可服务内容,将康复治疗师(士)、精神护理、健康指导、社区社工师、心理咨询师等专业人员的服务纳入保险支付范围,不断提升长期照护服务的专业性和全面性。

此外,如前所述,青岛市长医护的顺利推行有其地方性独特充要条件,即医保资金和医养康护资源都相对充裕。但如果是面向全国,则各地条件不等,实施长护保险制度的政策环境和制度基础便会大不相同。因此,在模式选择上,全国层面的长期照护保障体系是否均是通过设立保险的形式来实现,还是说部分地区可以在需求基础上先行尝试长期照护服务津补贴,或是采取一种混合福利形态,等等,这些都值得继续深入探讨。

(三) 照料社会化视角下的长期照护保障体系

从国内外研究情况与国际实践经验看,福利多元主义视角下的一种混合形态的长期照护制度安排越来越成为主流,在相关的制度设计、效用发挥中也更加重视政府、市场、社区、家庭和个人等多元责任主体的分工、协作。

在制度建设、政策环境与支持方面,政府责无旁贷。目前,全国已在15个城市启动了试点,也已经有了“青岛制度”“上海计划”和在路上的“北京补贴”等地方版本。从青岛市的实践看,政府在筹资、服务资源(医护机构和医护产品/用具等)提供、人员队伍(医护人员、养老护理员、社工师、心理师等)

建设、照护服务专业技能培训、家庭照料者支持政策等方面都具有重要责任,而且需要综合考虑制度设计的公平性、资源配置的均衡性和可及性,以及质量监管的有效性,等等。此外,长照保障体系建设中还要解决政府部门之间的协调问题,尤其是民政部门与卫计部门之间,如此,才能更好地融合医养康护资源,实现长期照护两大块服务内容的统筹安排^[9]。

在各类资源的供给与配置方面,市场则发挥着决定性作用,包括照护服务供方(机构和个人)、老年服务产业(如各类用具、辅具和设施等适老/为老产品),以及信息化、智能化高新技术的开发与供给(如居家养老智能服务包,医护移动办公系统APP等)等方面。以青岛市具备医护资质机构的情况为例,据了解,全市500多家照护服务机构中,民营照护机构占到95%左右,承担的院护、家护等各类长期医护服务业务量约占98%,民营照护机构已成为青岛照护服务供方的绝对主力。再从移动办公系统看,市区内各机构均已配备相关终端和手持采集器;而广大的农村地区,由于开发成本与目前护理形式(村卫生室巡护)、服务流量的反差,尚找不到合适的开发商。以上这些方向和问题都是市场可以着力改善之处。

“在社区层面,目前我国的养老服务体系也在大力推动社区居家养老服务中心和社区日间照料中心的建设。但目前看,一方面,享受服务的对象主要还是能自理或半自理的相对健康老人,大部分失能、半失能的老人难以或较少享受社区服务或延伸的居家服务;另一方面,服务内容更多是生活服务类,少量有医疗康复类服务,但对失能半失能老人来说可及性不强、针对性也较弱,辐射能力不够理想,延伸居家、辅助或补充支持家庭照料的功能和能力尚待改进。从发展情况看,基于“就地安养”的理念,长期照护服务的供给具有社区化并辐射居家化的趋势。而且,第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查也显示,在目前的社区居家综合服务中,老年人对医护和照料服务的需求逐渐上升,按序依次为:上门看病(38.1%)、上门做家务(12.%)、康复护理(11.3%)、心理咨询或聊天解闷服务(10.6%)、健康教育服务(10.3%)、日间照料服务(9.4%)、助餐服务(8.5%)、助浴服务(4.5%)、老年辅具用品租赁服务(3.7%)。因此,社区层面的综合为老服务的功能设置和服务供给可更多考虑搭载医疗护理、康复和生活照料等内容,实现供需的有效匹配和精

准对接。在这一点上,英国和香港的社区照顾相关法规与社会福利政策可供借鉴^[10-11]。

在照护服务特别是生活照料(以及精神慰藉)的提供上,家庭责任更显重大。就目前我国养老服务体系而言,在“9073”或“9064”的大格局之下,居家养老仍是最主要的形式,也符合老年人的主流居住意愿和安排。相应地,在以老年人占多数的长期照护服务中,对比机构照护与社区延伸服务,居家安养照护仍是目前社会发展阶段的主流。以青岛市长医护而言,4种形式的护理服务中,生活照料的部分仍主要由家庭及其成员来承担;且4种业务类型中,家护的结算床日和统筹实付也都占比最高(83.3%、78.86%)。居家养护通过相对较少的支付实现了对相对更多人群的长期医护服务。尽管由于家庭结构与居住安排以及家庭风险的变化,核心家庭在承担长期照护责任上面临较大困境,但长远看,居家安排仍是趋势和主流;而这些家庭需要的,更多是政府、市场和社区为实现家庭照护所创造和提供的更多、更好的支持性政策、条件和资源。譬如,制度设计支持护理对象在不同住地、社区或住家的移动,而不中断其护理服务提供、无需重新申请和排队等,为支持家庭成员(如兄弟姐妹)之间更好地共同承担其父母的照顾责任创造条件;再如,市场培育多层次供给能力,以支持护理对象的家庭能够从家庭外部获得各类所需服务。

六、结束语

当下中国人口老龄化风险日益加剧,社会抚养比不断上升,传统社会中完全倚靠家庭,并主要由女性承担照料功能越来越难以为继;加上空巢、失独等特殊家庭的增多,照料问题已远远超越家庭责任范

围,成为社会问题,需要更多的社会支持和社会化保障体系,包括社会化的长期照护服务供给,兼顾经济社会发展和长期照护需求者家庭收入水平的社会化的长期照护保障体系筹资机制,以及社会化长期照护服务从业人员培训计划,家庭照顾者支持计划等方面。

在研究层面,岳经纶等一些学者已将社会照顾提升到社会政策研究范式的高度。而在政策层面和实践层面,从前文分析看,青岛长医护制度实践目前仍存在制度基础、制度设计、制度执行等方面的限度;从服务使用和业务结算情况看,不论是保险支付范围内的居家医疗护理服务,还是保险支付范围外的家庭生活照顾,都仍占据长期照护的主要方面,社会支持严重不足,对家庭照顾者的相应支持体系尚无政策安排,亟待长期照护保障体系和服务供给的社会化,即从家庭照料向社会照料的拓展,尤其是在生活照料部分。

社会保障体系从社会化保险阶段向社会化照料阶段的过渡,不仅是福利研究和社会政策范式的重大理论转变,也是从以治疗为中心向健康管理为重心的重大现实转变。长期照护保障体系的社会化以及服务的供给侧改革,能极大改善服务使用者的生活质量和生命质量,切实提高民众的福祉。在实现“健康中国”战略的过程中,既要求政府、市场、社区、家庭与个人的共同参与和努力,也要求相关研究的继续深化。一个完善的社会化照料体系则需要更为深入且全面的考察,中国一个地方的实践也不定然就能完全适用于别的城市或地方。目前全国已有15个城市启动试点,未来笔者将会继续考察其他地方的实践,进一步深化对于该问题的研究和思考。

参考文献:

- [1] 王晶,张立龙. 老年长期照护体制比较——关于家庭、市场和政府责任的反思[J]. 浙江社会科学, 2015(8): 60-68.
- [2] 李杰. 中国老年长期照护筹资制度研究[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2016.
- [3] 陈锋,李玉芬. 社会工作视野下失独家庭问题研究现状与前瞻[J]. 北京工业大学学报(社会科学版), 2016(5): 20-26.
- [4] 房莉杰. 理解我国现阶段的长期照护政策[J]. 北京工业大学学报(社会科学版), 2015(5): 1-6.
- [5] 高传胜. 供给侧改革背景下老年长期照护发展路径再审视[J]. 云南社会科学, 2016(5): 152-157.
- [6] 涂爱仙. 供需失衡视角下失能老人长期照护的政府责任研究[J]. 江西财经大学学报, 2016(2): 70-76.
- [7] 刘涛. 福利多元主义视角下的德国长期照护保险制度研究[J]. 公共行政评论, 2016(4): 68-87.
- [8] 刘亚娜. 中美老龄化家庭长期照护比较与启示——基于美国“国家家庭照顾者支持计划”的考察[J]. 学习与实践, 2016(8): 106-115.
- [9] 唐钧. 民政工作的开放性及其社会福利服务的整合[J]. 北京工业大学学报(社会科学版), 2015(6): 1-7.

- [10] 荣增举. 社区老年日间照料中心存在的问题与对策——以青海西宁市为例[J]. 北京工业大学学报(社会科学版), 2013(2): 19-23.
- [11] 赵晓芳. 积极老龄化视角下的“医养结合”: 英国的经验与启示[J]. 社会福利, 2017(5): 1-6.

Study on the Practical Implementation of Long-term Care Insurance System and the Social Care: A Case Research on Qingdao Long-term Care Nursing Insurance

ZHANG Wenbo

(Institute of Sociology, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100732, China)

Abstract: Based on the "General Office of Ministry of Human Resources and Social Security Guidance on Pilot of Implementation of Long-term Care Insurance System" issued by MHRSS, PRC in 2016, this article explores the current situation and existing problems of Qingdao long-term nursing care insurance, gives an analytical explanation from the aspects of policy design, environment and implementation, and further discusses the division of responsibility and collaborative arrangement of the multiple welfare subjects amongst government, market, community, family and the individual, with putting forward the suggestions of, from the perspective of social care turn, the diversifying of responsibility subjects of LTC system and its modes as well. Research on Qingdao LTHC shows that, most of the LTC service are still provided within families (like informal caregivers) and at home (like LTHC), no matter whether it covered by the insurance or not; and the support to (formal and informal) caregivers and social care are obviously urgently needed.

Key words: aged tendency of population; social security; medical care insurance; home care; social care

(责任编辑 李世红)