

## 老年长期护理费需专门制度补偿

清华大学公共管理学院 杨燕绥 陈诚诚 刘跃华

人口老龄化不代表社会老化，是继农业经济、工业经济之后，向健康经济的发展。健康长寿依赖健康管理，而不是增加医疗。国际上的一些研究也发现：人口老龄化并不直接增加医疗费用，实际上增加的是护理费用。伴随国民平均寿命的延长和健康长寿消费需求的增加，公共卫生、健康管理、基本医疗和老年护理的支出和产值的增加，老年护理作为独立项目开始发展并单独统计。

医养结合不能过度放大医疗需求

我国伴随人口老龄化出现的一个问题是中年过度吃药、老年过度住院的未老先衰现象。谈医养结合不能过度放大中老年人的医疗需求，否则会加重未老先衰现象。

我国在1978—1994年间的卫生总费用增长比较平稳。1995—2000年间我国进入老龄社会后，卫生总费用增长不断加速，2015年的增速在15%以上，是同年GDP增长的两倍以上。到2020年，我国卫生总费用将达到10.33万亿元，百姓吃药费用增长远远高于吃饭费用增长，这将对财政、医保基金和个人带来不可承受的负担。1993—2008年间的国家卫生服务调查数据显示，1993年，我国65岁以上老年人口住院率是全体人口住院率的1.71倍，2008年该比例上升到2.24倍。该调查数据还显示，2008年，我国65岁以上人口慢性病患率是全体人口慢性病患率的4.10倍，可见65岁以上老年人口慢性病患率远远超出其他年龄组。2003年之前，我国全体人口住院率变化不大，进入老龄社会之后有较大幅度的攀升。老年人口慢病住院率提升和药费占比过高（40%以上），是我国医疗总费用增加和医保基金支出增长的主要原因之一。很多国内研究结果也证明，在我国，人口老龄化是卫生总费用快速增长的主要原因之一。

如果认为医养结合就是在医院里办养老，在医院开设老年护理病区 and 增加床位，则会增加医疗机构的次均费用和平均住院日，大大降低医疗机构的运营效率。有研究发现，某市开办这类项目几年后，人次日均费用达到800元以上，平均住院日达到130天以上，在床位上有疗养者、失能者和临终者，没有个性化的服务包。如果认为医养结合就是在养老院里办医疗，那么其运营成本增加5—10倍，是算作养老费用还是医疗费用呢？无疑如此简单操作下去，将增加医疗机构、养老机构和个人的支付负担，且不能提供个性化的服务；还导致医疗机构、康复机构、护理机构和养老机构的功能混乱和管理错乱，进一步助长中年过度吃药、老年过度住院的未老先衰问题。综上所述，低龄老人以养带医，主要指伴随居家养老中的健康管理和慢病管理；高龄老人以医养，主要指具有专业性的失能护理和临终服务；对于没有治疗意义的临终服务，鼓励个人和监护人有选择地进行姑息治疗。此外，中国亟待发展老年医学和老年医疗，针对老年人的情况研究疾病谱、建立疾病组和临床指导规则，给老年人提供适度的医疗服务。

失能老人急需长期护理保险

长期护理保险即指针对老年失能康复和护理，突破住院床日限制的一种第三方支付的制度安排，有社会保险和商业保险两种形式。

伴随国民平均寿命不断增加，部分高龄老人由于老化、智障和病残导致不同程度的失能，影响他们健康长寿和参与社会的愿望，需要家庭和社会提供个性化的照料、康复和护理服务，统称长期照料。老化失能速度慢、时间长，以居家照料和社区嵌入服务为主，基本由个人和家庭负担其费用，对困难家庭可以建立高龄老人照料补贴制度，不属于医疗保险的支付范围。智障和病残导致的失能老人需要专业服务，包括嵌入家庭、社区和机构的康复服务，以恢复和维持他们健康

生活和参与社会的能力，对于失去康复条件的老人需要提供专业护理和临终服务。老年康复和护理是个性化的，需要专业化的评级（诊断）、制定服务包（处方和医嘱）、测算费用和时间指数、制定支付计划。

先行进入老龄社会的国家各自制订了评估的标准和方法。长期护理服务的评估工具将患者的身体状态与照护服务紧密连接，为了精准评估谁是受益人，以及受益人应该享受的待遇为哪个等级，需要将评估工具与照护服务的需求度挂钩，这是长期护理需求测量的核心手段。如德国依据不同的照护项目，裁定照护基准值，依据调查员调查收集的身体状态资料，判断照护时间而划分等级；美国是以最小数据集（Minimum Data Set, MDS）的资料为依据，根据对象的身体状态所需的照护资源消耗量来划分标准。这些经验值得我国借鉴。

我国人口在 2033 年前后进入高龄期，届时国民平均寿命将超过 80 岁，按照 1.5 亿 70 岁以上老龄人口的 10% 计算，将有 1500 万失能老人需要康复和护理。我们还有大约 15 年的准备时间，建立老年长期护理保险迫在眉睫。建立一项待遇确定的保险制度（无论社会保险还是商业保险）需要基于 20 年护理档案数据进行精算和 20 年以上投保期，我们只有 15 年准备期，部分人群需要即刻开始支付。因此，面对期限短、成本高、筹资难（企业处于降费减税期），中国可以借鉴法国基本医疗保险的支付模式，推出一个社保、商保、个人和政府合作的老年长期护理支付模式。具体制度安排如下：在有条件的地方推出以个人缴费为主和企业自愿配款为辅，双方均在所得税前列支的长期护理保险计划，负责支付基础长期护理保险费，待遇水平可以酌情而定，如核定护理费用的 20%；政府选择优质的商业保险机构联合推出长期护理保险的合格计划，对商业保险公司提出成本控制要求（一般在 5% 以内），给予免税待遇，负责支付补充长期护理保险费，待遇水平可在核定护理费用的 30%—50% 之间；个人支付剩余的护理费用；地方财政对困难家庭适度提供部分补贴。