

长期照护服务的国际实践举措与启示*

罗丽娅 丁建定

摘要:作为积极应对老龄化、落实“健康中国”战略的有效手段,长期照护服务具有独特的概念属性。国外学者纷纷对这一概念属性进行了界定,国际社会在此基础上也形成了多元化的实践举措,但通过审视这些发展经验,可以发现长期照护服务必须严格控制长期照护成本支出规模、鼓励家庭非正式照护服务的发展、积极倡导居家正式照护理念和促进老年长期照护与医疗服务资源发展一体化。在借鉴这些国际经验的基础上,立足于中国国情,未来完善长期照护服务体系的关键在于精准识别和匹配服务目标对象、兼顾“公私领域”服务资源的投入和整合医疗服务与老年照护资源。

关键词:健康中国 长期照护服务 内涵阐释 国际经验 启示

中图分类号:D669.6

文献标识码:A

文章编号:1004-0730(2019)06-0067-10

一、引言

2016年,中国中央、国务院召开新世纪第一次全国卫生与健康大会,并印发实施《“健康中国2030”规划纲要》,明确了推进健康中国建设的宏伟蓝图和行动纲领。^[1]党的十九大报告进一步提出要“实施健康中国战略”,正式将人民群众的健康问题上升到关系国家现代化建设的战略高度,党和政府要为人民群众提供全周期全方位的健康服务。^[2]我国自2000年就已步入老龄社会,并由于早期计划生育政策效应和预期寿命延长的影响,人口老龄化发展则同时受到底部老龄化和

顶部老龄化的双重“夹击”,具有规模大、增速快、普遍失能化的特征。截至2018年底,全国60岁及以上老年人口24949万人,占总人口的17.9%,其中65岁及以上人口16658万人,占总人口的11.9%。^[3]老龄化的确衍生了一系列的老龄社会问题,特别是伴随着年龄增长,老人的身体机能逐渐退化,失能化呈现一个渐进的过程。据统计,城市和农村老年人中79岁以下需要日常生活照料的比例各占6.7%和7.5%,而80岁以上的则各为33.1%和30.4%,可见高龄老人对于照护的需求更为迫切。^[4]因此,现阶段在落实“健康中国”战略的过程中,我们必须重视老年群体特别是高龄失能老人的长期照护服务问题,全方位全周期

的健康服务目标不再是以仅仅发放养老金满足经济消费需求而能够得到完全实现。

近年来,长期照护已成为学界和政界探讨的热门主题,多是对长期照护保险将以何种形式运行的争论,但对于长期照护服务的概念界定尚不清晰,往往容易与医疗服务相混淆。基于此,本文尝试明晰长期照护服务的内涵并进一步厘清它与医疗照顾服务有何差异?同时他山之石可以攻玉,欧洲地区作为长期照护服务的发源地,多元化的实践中有哪些共同应对举措可供借鉴?这些都是本文想要深入探索的议题所在。

二、长期照护服务的内涵阐释

服务不同于津贴,服务是一种资源传递行动,由一批人和物连接着需求端与供给端。对长期照护服务界定的前提是要准确理解社会福利服务的含义,由于长期照护服务作为社会福利服务中的一个子系统,重点服务对象是老年群体,是老年长期照护保障中的重要组成部分。最早使用“社会福利服务”一词的是英国伦敦政治经济学院的教授理查德·蒂特马斯,他在1951年第一次提出。他指出服务和以现金支付的保险是截然不同的,诸如向患病的个体以直接提供现金支付为途径的国民健康保险便不是社会福利服务,最早的社会福利服务则是1913年英国实行的医疗照顾。^[9]社会福利服务的服务对象主要是那些处于困难中的个体们,即个体由于遭受各种各样的困难无法自由地发展自我和正常生活而产生多元的需求,此时家庭无法完全满足个体需求时,社会福利服务必须及时发挥作用,并且要根据不同个体的个性化需求来提供有效帮助。社会福利服务强调了行为,重点在关心照顾。

(一)长期照护服务的内涵

在国外,长期照护的概念源于“Long-term

care”,“care”在字面意思上可理解为照顾、保护、陪同、管理等多重含义并存,并非简单的照顾。与健康照护不同,长期照护是指个体处于失能状况下需要接受的各项护理服务。^[6]老年长期照护重在照顾以维持服务对象现状,延缓失能进度;而健康照护重在治疗,目的是通过医疗手段使服务对象摆脱疾病和失能状况。1978年,Kane最早提出了长期照护的概念,认为它是为那些由于先天性疾病或后天突发事故而导致失能的群体所提供的医疗护理、日常生活照料和一些相关的社会服务。世界卫生组织(WHO)将长期照护定义为由非专业护理者和专业人员进行的护理活动,旨在向丧失生活自理能力的群体获得更好的生活质量,保障自身的社会参与、独立生活以及个人尊严等方面的需求。^[7]Evashwick认为,长期照护是为了提升长期处于功能障碍个体的生活自理能力,正式或非正式部门以多种途径为其提供与维护健康相关的支援服务。^[8]美国国家卫生统计中心(NCHS)也对长期照护进行了界定,指出它是为那些由于长期患病、先天残疾、认知障碍等原因造成自我照顾能力弱化的群体所提供的实际服务,服务内容主要包括生活护理、健康管理和其他相关支持。^[9]而最为广泛认可的定义仍是桑特勒关于长期照护的阐述——“在相当长的时间段内,生活自理能力缺损人群所获得大量的健康护理、生活照料及社会服务”。^[10]通过梳理上述定义,我们可将长期照护服务的内涵归为由政府、家庭以及社区等多主体共同参与为身心功能障碍者所提供的6个月以上医疗、护理及生活服务。

(二)与医疗照顾服务的区别

长期照护服务中包含部分医疗护理行为,但它又超越传统医疗保健的范畴,因为针对高龄失能老人,单一的医疗保健范畴无法满足其需求,需要将医疗护理和生活照护集于一体的综合服务模式。传统的老年人长期照护服务主要是围

绕日常生活照料展开,但随着各种社会经济条件的变化,目前老年人长期照护服务逐步纳入“医疗护理”与“精神慰藉”等,经历着从“照料-护理-照护”的发展演变过程。从高龄老人的个人权利来看,长期照护强调的是居民权利,而医疗照顾服务强调社会权利;从专业方向来看,长期照护涉及社会工作,但专业地位较低,缺乏专业认同感和接纳感,而医疗照顾服务对应的是医药卫生,其专业地位较高,被社会大众持续肯定和接受;长期照护提供的服务需求没有明确的界定,而医疗卫生服务满足的是保护生命的需求。具体而言,它们在服务对象健康状况、服务提供者、服务性质及持续时间等方面都具有差异(见表1)。

三、长期照护服务的国际实践举措

从世界上看,发达国家尤其是欧洲地区较早地进入了老龄化社会,具有较完善的长期照护服务政策与多元化的实践举措,积累了相对丰富的发展经验。以下将主要审视国际社会特别是欧洲地区的长期照护服务,分析它们具有何种共同一致性的发展举措及其相关影响因素。

(一)严格控制长期照护成本支出规模

在长期照护服务的发展过程中,照护成本问题一直都是政府着重考虑和讨论的焦点。自20世纪60-70年代开始,欧美国家都逐渐开始了老龄化进程,老年人口呈现高速发展趋势。据相关资料统计,从2000年到2050年,欧盟25国的65岁及以上老年人将增加86.9%,80岁及以上的高龄老人将增加221.1%,85岁及以上老年人将增加252.2%。^[11]老年人口特别是高龄老人的比例增加,将会直接带来失能半失能老年人口数量的增多,老年长期照护服务的需求也随之不断扩大。根据OECD(经济合作与发展组织)估计,由于老龄化带来的老年长期照护支出呈现快速增长趋势,老年长期照护支出占GDP的比例由2005年的1.2%将增至2050年的2.3%。^[12]北欧地区长期照护服务的发展原则是普享式,覆盖全体有照护需求的国民,主要资金大部分都是来自政府财政和社会保险基金,个人负担很小。照顾老人被认为是政府和国家的事情,国家财政出资提供大量的正式照护服务,特别是机构照护。以荷兰为例,老年长期照护公共支出只有需求审查,没有家计调查,照护服务评估中心决定申请者是否具备受益资格以及按照需求等级评估结果来决定

表1 长期照护与医疗照顾服务的差异

服务类型	长期照护服务	医疗照顾服务
服务对象健康状况	慢性症状导致生活功能障碍	多为急性病症
服务提供者	专业医护人员、收费型非专业人员、家庭成员或亲戚朋友	专业医护人员
服务性质	日常生活能力辅助和医疗服务	密集型的医疗服务
服务持续时间	长时间服务	时间有限的服务
服务目标	克服身体功能或认知功能的损伤	治愈疾病、恢复健康
应得权利	居民权利	社会权利
专业方向	社会工作等	医药卫生
专业地位	被否定的	被接纳的
满足的需求	有争议的需求	保护生命的需求

资料来源:J. Twigg, The Medical-social Boundary and the Location of Personal Care, In A. M. Wares, L. Warren & M. Nolan (Eds), Care Services for Later Life: Transformations and Critiques, British Society of Gerontology, 2000.

老年长期照护社会保险的支付数额。尽管那些需要入住照护机构的服务使用者需要根据其收入状况分担机构照护费用,但无论机构照护花费多少,照护服务使用者每个月都会保留不少于一定额度的收入以便自由支配使用,而其余所有费用都由老年长期照护社会保险承担。照护服务进入门槛较低,加之照护成本大部分由国家承担,都导致长期照护服务的支出费用是最高的。总的来说,影响老年长期照护成本上升的因素分别为预期寿命的延长、医疗照护与社会照护之间的分割、照护服务劳动力资源的稀缺等。

1. 平均预期寿命的延长导致失能老年人口的增多。平均预期寿命是指一个国家用来衡量人口生存质量和人口健康水平的重要指标。近几十年来,世界经济的腾飞带来人们物质生活水平的改善,医疗技术的进步帮助人们更好地管理健康,整个人类的平均寿命都得到了很大程度的提高。根据世界卫生组织统计数据显示,全球已有至少29个国家或地区的预期寿命超过80岁,在2000-2015年间人类平均预期寿命增加了5岁,这成为了20世纪60年代以来的最快增幅。^[13]预期寿命的延长带来了一系列老年问题的出现,其中最客观的现象就是老年人口身体机能的自然衰退。虽然年龄与失能之间并不是因果关系,但是年龄越大的老人可能由于身体或精神某方面的原因容易导致其逐渐丧失生活自理能力,尤其是80岁及其以上老人的失能几率风险颇高。失能几率与“年龄”呈正相关关系,年龄越大失能率越高,如尽管英国不同年龄段老人失能率存在差异,但总体呈上升趋势,65-69岁老人的失能比例是16.4%而85岁及其以上老人的失能比例是29.6%(表2)。老年人口一旦陷入失能困境,就无法独立地完成穿衣、做饭、洗漱等基本生活事项,必须借助他人的帮助或完全依赖他人代来完成。这就必然拉动老年人口对于长期照护需求的增

加,需求的满足就依赖于一定的照护成本支出。因此,伴随着预期寿命的延长,失能老人比例不断上升,老年长期照护的需求急剧增长这是导致照护成本持续上升的首要且关键因素。

2. 医疗照护和社会照护之间的分割导致服务资源的浪费。若想获得优质的照护服务和节省相关费用,关键因素在于要积极整合长期照护服务和相关的健康服务。^[14]医疗照护重在治疗疾病,帮助人们实现身体康复;社会照护重在照料护理,旨在控制疾病恶化来稳定病情。在欧洲国家老年长期照护服务中,医疗服务和社会照护之间既有交叉重叠的地方,但又归属于不同的管理部门,都有自己独立的财政预算体系。在实行“政府税收+社会保险”筹资来源的国家中,由于不同制度间缺乏协调,申请人需要多次重复接受需求评估或基础照护服务,导致照护费用在长期照护保险基金及医疗保险基金中形成叠加。这都造成了资源的浪费和不必要的照护支出增长。

3. 照护服务劳动力资源的稀缺导致照护者工资水平的上涨。老年长期照护服务是“一对一”的人工服务,具有生产和消费的同时性,照护者是重要的服务生产者和供给者。在应对不断增长的老年长期照护服务需求时,照护服务者的数量、专业水平等都是影响照护服务供给的重要因素。在经济学领域,因单位时间内产出增加停滞而导致成本上升的现象被称为“鲍莫尔成本病”,单位时间内供给减少将会引起供不应求的现象。由于照护服务属于人工密集型工作,随着当前机构照护者年龄的老化和家庭照护者进入劳动力就业领域的增多,客观上都会逐渐减少老年长期照护服务供给者人数。同时,由于照护需求的多元化,老年长期照护服务质量逐渐提高,这都会拉动照护者劳动力价格的上升,使得老年长期照护支出不断增加。

表2 欧盟27国65岁及其以上老年人口失能率

	66-69	70-74	75-79	80-84	85+
BE	10.6	14.1	15.8	21.8	27.5
BG	9.5	10.1	18.3	19.0	27.4
CZ	8.3	13.4	17.3	23.9	34.3
DK	8.7	7.3	12.3	18.4	19.6
DE	14.7	18.1	25.5	30.8	52.0
EE	13.3	18.6	28.1	35.7	41.3
IE	8.4	11.5	13.2	19.5	22.6
EL	15.0	21.4	30.7	40.1	54.2
ES	8.8	11.0	15.5	22.8	33.2
FR	12.8	17.9	24.1	35.8	45.7
IT	11.6	16.6	23.3	25.0	35.3
CY	10.7	15.0	27.1	31.3	41.5
LV	10.7	16.5	23.3	25.0	35.3
LT	14.1	14.8	21.7	31.3	41.5
LU	12.3	14.4	12.7	16.1	23.6
HU	14.4	19.8	29.7	34.4	41.5
MT	6.4	8.7	18.8	18.2	29.6
NL	8.3	9.3	12.5	14.8	20.5
AT	13.5	19.5	27.1	34.1	49.2
PL	14.9	18.2	26.0	29.5	38.6
PT	17.0	22.8	30.6	41.9	55.6
RO	10.3	20.8	24.3	31.2	36.9
SI	18.7	20.4	25.0	32.3	35.5
SK	24.1	29.8	43.7	55.8	63.0
FI	10.5	13.4	19.3	31.7	37.1
SE	6.5	9.5	15.7	16.1	20.3
UK	16.4	16.7	22.2	21.8	29.6

注:BE-比利时、BG-保加利亚、CZ-捷克、DK-丹麦、DE-德国、EE-爱沙尼亚、IE-爱尔兰、EL-希腊、ES-爱沙尼亚、FR-法国、IT-意大利、CY-塞浦路斯、LV-拉脱维亚、LT-立陶宛、LU-卢森堡、HU-匈牙利、MT-马耳他、NL-荷兰、AT-奥地利、PL-波兰、RO-罗马尼亚、SI-斯洛文尼亚、SK-斯洛伐克、FI-芬兰、SE-瑞典、UK-英国。

资料来源: Barbara Lipszyc, Etienne Sail, Ana Xavier, Long-Term Care: Need, Use and Expenditure in the EU-27, Economic and Financial Affairs, 2012.

(二) 鼓励家庭非正式照护服务的发展

家庭非正式照护是以西班牙为代表的部分欧洲国家老年长期照护服务发展的传统。它不仅可以有效地减少国家财政负担,同时可以带给照护服务使用者更多的心理慰藉和家庭亲情。

因此,在以机构照护为重点的“社会民主主义福利模式”国家中,也逐渐开始重视家庭非正式照护的发展,采取积极措施鼓励家庭非正式照护的发展。在瑞典,虽然被照护者依赖正式照护的程度比较高,但是非正式照护的供给也是必不可少

的。根据统计,由亲属提供的居家照护是地方政府给予的两倍。^[5]各国对家庭非正式照护服务支持的有效措施包括:一是提供津贴支持,包括给照护服务提供者发放津贴、给照护服务使用者发放津贴;二是给照护服务提供者免费的喘息服务;三是给予非正式照护者法律上的认可等等。

发放照护津贴。为了鼓励非正式照护的发展,欧洲很多国家都向家庭非正式照护发放津贴,发放形式主要是发放给照护服务使用者和照护服务提供者。为了扩大照护服务使用者的消费者选择权,部分国家采取向照护服务使用者发放照护津贴或服务券,让他们在竞争性市场上自主选择照护服务机构或个别服务提供者。例如法国向60岁及以上老人发放“个人自立津贴”。德国规定即使照护服务使用者选择了家庭成员或亲友作为服务提供者,但在支付服务报酬时也必须形成正式的雇佣合同关系。此外,西班牙将非正式照护看作社会劳动,被计入工作年限并可获取由政府支付的工资,并可与其他正规就业者一样享受相应的社会保障待遇。

提供喘息服务。在家庭非正式照护中,家庭成员需要在繁重的工作外兼顾照护服务,长此以往既容易滋生家庭矛盾,又难以保障家庭成员的身心健康,那么便需要公共服务机构或社区为家中老人提供临时性的照护服务,保障家庭照护者可以获得短暂的喘息放松。在很多国家,这种喘息服务大多是免费提供的,由公共机构直接提供或政府向市场购买服务再免费提供给家庭照护服务使用者。在瑞典,喘息照护服务有三种形式。第一种是机构式的照护服务,瑞典的机构喘息照护服务中拥有900多个床位;第二种是成人日间照护,市政当局提供免费的居家照护服务,使得照护服务人员得到暂时性的放松;第三种是带薪休假,如果照护服务使用者患有永久性疾病,那么照护服务提供者可以获得带薪的照护假期。^[6]

给予非正式照护者法律上的认可。20世纪90年代后期,以英国为代表的欧洲国家纷纷立法保护非正式照护者的权益,使他们获得法律上的认可。1995年英国政府出台了《照护者法案》,肯定了非正式照护者的突出作用。该法案依据预先设定的标准,评估非正式照护服务者的服务强度(例如照护时数),并给予其相应的现金待遇或提供免费的喘息照护服务。1998年瑞典政府颁布了修改后的社会服务法案,指出当家庭及其亲属对老年人、生病失能的人进行照护时,地方政府应该给予支持。2008年德国政府颁布并实施了《照护休假法案》,规定雇员为照护近亲而不得不开离工作岗位,如果雇员申请保留工作,则雇主须给予雇员最长6个月停薪留职的照护休假。

(三)积极倡导居家正式照护的理念

人口老化刺激着长期照护服务需求的攀升,而女性群体走出家庭外出工作导致长期照护服务供给的骤减,如此需求与供给之间便形成巨大张力,加之人们日益关注老年生活质量希望获得高质量的照护服务,这些都对传统照护方式提出了挑战。同时,虽然机构照护曾经得到广泛的盛行,但是它的弊端在于老人远离家庭和社会,失去亲情和社交网络的支持,甚至偶有虐待老人的传闻,因此“去机构化”和“就地老化”的理念开始出现。20世纪90年代中期,OECD国家纷纷倡导“就地养老”理念,并在“去机构化”运动的基础上推出位于传统机构照护和家庭非正式照护之间的第三种选择——居家正式照护。所谓居家正式照护,是指照护服务使用者在家中接受由服务供给商、个体照护者或者家庭成员提供的收费的老年长期照护服务,其中需要特别指出的是家庭成员在服务供给中必须签订服务协议并获得服务报酬。在OECD国家中,居家正式照护一度受到广泛欢迎,服务对象人数占全部正式照护服务使用者的一半以上(表3)。

表3 居家正式照护服务使用者与机构正式照护服务使用者占总人口的比重(2008年)

国家	居家照护(%)	机构照护(%)	居家照护占比(%)
挪威	3.0	0.9	77
芬兰	1.5	1.0	60
西班牙	0.9	0.3	75
意大利	0.8	0.6	67
英国	2.9	/	/
瑞典	2.8	1.4	67
荷兰	2.3	1.5	61

资料来源:F. Colombo, et al. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Policy Studies, OECD Publishing, 2011:40. 有删节

从表3可知,南欧国家例如西班牙、意大利等国的居家正式照护服务使用者占总人口的比重不足1%,说明居家正式照护相对不太发达,老年长期照护很大程度上是依赖于家庭成员和亲友提供的非正式照护。此外,英国通过向照护者发放现金待遇,鼓励照护服务使用者自主选择居家正式照护服务,通过市场购买或“雇佣”亲友获得照护服务。欧洲北部的荷兰、瑞典和挪威依靠庞大的公共服务系统提供居家正式照护,居家正式照护服务的发展比重则相对偏高。

当前,欧洲国家将照护服务使用者的待遇发放形式变得更加多元化,由单一的实物服务转向实物服务和现金待遇并重,并且越来越倾向于发放现金待遇。这不仅赋予照护服务使用者在竞争性市场中自由选择照护机构或照护服务人员的权利,而且也有力地促进服务供给方服务质量的提高。同时,在居家正式照护服务供给方面,欧洲国家也开始注重完善技术支持,许多医疗和养老服务产品开发机构积极研发智能化的高科技产品,帮助失能老人实现现代化、全方位的照护服务。

(四)促进老年长期照护与医疗服务资源的发展一体化

由于长期照护的接受者大多是患有慢性病的老年人,对医疗服务的要求尤其突出。为了确保长期照护服务体系能够更有效地运行,那么将

长期照护服务与医疗服务进行整合就变得十分必要。当前,医疗服务与老年长期照护仍然缺乏有效衔接,造成照护服务的断裂或重复,没有实现照护服务资源的有效配置,尤其是对于那些老人出院之后无法继续得到康复照护、社区照护服务缺乏专业的多维度评估、居家照护缺乏专业性个人照护方案等等。^[7]老年长期照护有别于医疗服务,是一项长期性、专业性、持续性的康复护理、生活帮扶、心理疏导等多样化的服务内容供给实践。同时,与医疗保健相比,长期照护的概念更为广泛,例如高龄失能老年群体的需求只能由长期照护服务来满足,他们需要医疗护理与生活照料集于一一体化的服务模式。因此,作为新兴事物的老年长期照护服务,既不能完全独立于医疗服务之外,也不能完全依附于医疗服务,只有将两者的服务资源相衔接进行一体化发展,才是最佳出路。英国的快速反应小组便是连结医疗护理与长期照护的工作组织,设立的目的旨在帮助照护服务使用者按照实际需要尽快实现医院护理与长期照护之间的过渡。快速反应小组多由跨学科专业人员构成,对医院中的照护服务者实行案例管理,当服务使用者的需求由治疗转为康复,那么小组工作人员便会提前帮助他们联系社区照护部门的照护管理者,建立起医院与社区照护的服务连续性。英国政府的这种做法不仅

提高了医疗和社会照护服务资源的合理配置,也成为了治疗与护理之间的有效缓冲。^[18]

同时,荷兰也成立了专门的照护服务评估中心,在对申请者进行需求评定之后为其制定最佳的个人服务方案,例如体弱需要监护的老人则必须入住医院,当他们的身体健康状况有所好转之后则可以安排出院入住家中或专业机构接受护理及康复服务。这在一定程度上也是推动老年长期照护服务与医疗服务资源的有效措施,通过设置专业机构来为申请者有效整合各种服务资源,实现资源的优化配置和持续衔接。然而,在这些工业化的欧洲国家中,老年长期照护服务与医疗服务资源进行整合衔接时也会遇到以下两个方面的限制:一方面,由于医疗服务的专业地位较高,被社会大众持续肯定和接受,在整合之后长期照护是否不会因为医疗的优先性而被忽视;另一方面,需要发展适当的金融机制来补偿提供长期照护服务的保险公司,从而使它们避免为人们提供长期照护服务而造成财政上的困难。尤其是现有的医疗保险机构竞争特别激烈,大家都会倾向于避免复杂的、困难的和成本高的服务。虽然老年长期照护服务与医疗服务的一体化困难重重,但是老年长期照护服务与医疗服务在实际生活中却相互渗透、相互连结,都是养老服务事业中的重要组成部分。长期照护离不开医疗卫生服务的专业性,医疗卫生服务结束之后也需要长期照护的延续,在一定程度上两者可以实现有效的分工协作和整合衔接,更好地保障老年群体的生活质量。

四、对完善中国长期照护服务体系的启示

通过上述的探究与归纳,已经明确了长期照护服务的概念内涵有何特质性、国际经验有何共同性举措,可以清楚地看到长期照护服务是一对一的

集“生产-消费”于一体的即时性行动,主要旨在帮助老年群体在失能阶段尽可能地恢复或保持身体健康的生活状态。当前中国为积极应对老龄化和实施健康中国战略,客观上要求我们当前和未来都要努力完善碎片化的长期照护服务体系。从长期照护服务的概念特质性和国际经验出发,我们可得出以下有益的价值启示和发展思考。

一是长期照护服务费用的有效控制离不开精准识别和匹配服务目标对象。欧洲地区的发展经验一致表明,由于预期寿命的延长和劳动年龄人口比例的下降,若对照护服务人群不加以严格控制,长期照护费用必然长期居高不下,国家因面临日益庞大的公共服务支出而陷入困境。在中国,虽然长期照护服务以碎片化的形式存在于五保供养、社区居家养老等多种民政领域,但政府也需要给予一定数额的财政支持来体现公共服务中的政府责任。这种财政支持并不是无限制的,而是要经过严格的财政预算、审批及拨付等环节,有效控制长期照护费用要求我们将有限的资金优化配置到最需要的人群手中。长期照护是以需求为导向的服务,由于老年人失能等级和自身养老资源不同,其照护服务需求也存在很大差异。只有增强长期护理服务资源与老人需求之间的瞄准性和针对性,才能避免“福利反导向问题”——服务资源没有对接到最需要的失能老人或贫困老人们,反而是被大多数的健康老人所享受。立足于精准识别需求和匹配目标对象,政府应组织专业机构建立科学完整的评估机制,对老人的身体机能情况、个体收入水平、家庭结构和已有服务资源等进行统一评估,根据评估结果制订合适的长期护理服务计划。针对那些收入状况低下的孤寡等特殊老人申请者,要积极建立起由国家财政全额负担的社会照护救助制度,发挥社会保障对于特殊贫困群体的兜底安全网作用;针对大部分的老年申请者,要优先安排

那些家庭照护资源匮乏的独居空巢老人,发挥社会组织、社区等社会资源的互助支持角色。

二是长期照护服务供给能力的提升在于兼顾“公私领域”服务资源的投入。长期照护服务资源主要包括服务资金和服务人员等有效资源,即“钱从哪来、人员怎么配备”的问题,这关系到长期照护服务的硬件实施建设和软性服务能力。通过审视欧洲地区长期照护服务资源,可以发现以政府为主的正式照护和以家庭为主的非正式照护是相互补充、互为需要的共同体,并不是相互排斥、此消彼长的分离体。受传统“孝文化”影响,中国长期照护服务一直主要以家庭自助养老为主,依靠家庭成员或老人自身来自主进行资源配置。伴随着居家养老、社区养老及机构养老等多样化养老方式的相继出现,长期照护服务由家庭内部风险外溢成整个社会风险,需要全体社会共同参与来应对这种风险。在公领域,国家对社会福利制度的建设与发展起到主导性作用,而这种主导角色的发挥都是依托于政府筹集服务资金、提供服务场地设施和配备服务专业人员来实现。总的来说,长期护理服务资金主要来源于长期护理保险资金的筹集,同时配以不同程度的个人支付(个人养老金+高龄津贴等)。国家要继续加大公共财政对长期护理的资金支持,同时培育专业的服务团队以持续推动照护服务能力的提升。在私领域,家庭成员所能提供的亲切感和个人所能发挥出的主体性都是国家(政府)所无法逾越的。鼓励家庭责任的适度回归已是当前需要大力提倡的,家庭成员需要承担起对老人进行代际支持、精神慰藉和人文关怀的责任。同时,大力发展互助化养老也是增加私领域内服务资源的新途径,失能老人群体可建立互助组,相互分享服务信息和提供心理支持。

三是整合医疗服务与老年照护资源将成为未来增强长期照护服务能力的持续发力点。长

期照护是集生活照料与医疗护理于一体的特殊综合性照顾,重点在于解决失能老人的疾病康复和日常护理问题。失能老人被分为三类——轻度失能、中度失能和重度失能,依据失能程度分别通过机构、居家和社区照护作为传递平台来链接他们所需要的服务,缺乏专业医疗机构的介入。欧洲地区发展经验显示,若老年长期照护与医疗服务资源存在分割断裂,那么这将会产生很多不利情况,医院会出现赖床现象或老人出院之后的护理需求无法得到满足。当前,中国在机构、居家和社区照护层面都已经开始大力提倡进行医养结合,但医疗机构与养老机构仍然作为单独发展的个体,缺乏专业融合和业务辐射。以社区为平台,积极促进“专业医疗机构-社区卫生服务机构-养老机构”三方联动,专业医疗机构要安排有专业权威的老年病专家在社区定期开设健康讲座并提供健康咨询服务,更有义务承担社区卫生服务机构的医护人员专业能力培训工作;社区卫生服务机构要为社区老人建立健康档案、追踪健康状况并提供康复辅助训练;而养老机构则融合了专业照护与医学护理等内容,提供专业护理、老年康复等持续性综合性照顾,可将那些轻度和中度失能的老人从医疗机构中分流出来,成为提供老年长期照护服务的攻坚力量。

综上所述,对于个人而言,人口老化并不一定必然出现失能化;但对于整个社会而言,失能化却是人口老化进程中的一个重要阶段。虽然老年护理照护服务不一定是每个老年人都需要的,但它却是人生阶段的特定风险之一,我们必须关注处于此人生阶段的特定人群是否可以获得长期照护服务。他山之石,可以攻玉,精准辨析长期照护服务的概念内涵及摸清发达国家已有的一致实践方向,可以帮助我们实现健康老化、成功老化的目标。每个失能老人都有权利获得自己所需的长期护理服务,但囿于资源的有限性和需求的紧迫性,

如何保障长期照护服务供需的精准匹配更需要日后我们继续努力探讨和着重研究。

注释:

[1]王秀峰:《健康中国战略的地位、作用与基本要求》,《卫生经济研究》,2019年第4期。

[2]习近平:《决胜全面建成小康社会,夺取新时代中国特色社会主义伟大胜利:在中国共产党第十九次全国代表大会上的报告》,北京:人民出版社,2017年。

[3]中华人民共和国国家统计局:http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201902/t20190228_1651265.html。

[4]中国老龄科学研究中心:《2006年中国城乡老年人口状况追踪调查数据分析》,北京,中国社会科学出版社,2009年。

[5]王莉莉:《英国老年社会保障制度》,北京,中国社会科学出版社,2010年。

[6]贾清显:《中国长期护理保险制度构建研究——基于老龄化背景下护理风险深度分析》,南开大学博士论文,2010年。

[7]WHO Study Group, Home-Based Long-Term Care, WHO Technical Report Series, 2000.

[8]Evashwick C. J., The Continuum of Long-term Care (3rd edition), Thompson Learning Inc, 2005.

[9]Harris-Kojetin L., Sengupta M., Park-Lee E., Valverde R., Long-term care services in the United States: 2013 overview, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2013.

[10]雷克斯福特·桑特勒、史蒂芬·纽恩著,程晓明译:《卫生经济学——理论、案例和产业研究(第三版)》,北京,北京大学医学出版社,2005年。

[11]张盈华:《老年长期照护:制度选择与国际比较》,北京,经济管理出版社,2015年。

[12]Colombo F, et al, Help Wanted? Providing and

Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2011.

[13]联合国经济和社会事务部人口司:<http://mini.eastday.com/mobile/170507195625838.html>。

[14]Wiener J.M., Stevenson D.G., State Policy on Long-Term Care for the Elderly, Health Affairs, 1998, 17(3):81-100.

[15]Sundstrom G., Johansson L., Hassing L., The Shifting Balance of Long-Term Care in Sweden, The Gerontologist, 2002, 2(3):350-355.

[16]Johansson L., Sundstrom G., Policies and Practices in Support of Family Care-givers Filial Obligations Redefined in Sweden, Family and Aging Policy, 2006, 18(3):7-26.

[17]Leichsenring K., Roth G., Wolf M., Sissouras A., Introductions: Moments of Truth: An Overview of Pathways to Integration and Better Quality in Long-Term Care, Burlington: Ashgate, 2005.

[18]Coxon K., Billings J., Alaszewski A., Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in the United Kingdom, K. Leichsenring, A. M. Alaszewski. Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons: A European Overview of Issues at Stake, Aldershot: Ashgate, 2004: 455-485.

*基金项目:2015年度华中科技大学自主创新基金(人文社会科学)重大及交叉项目“城镇化背景下中国城乡养老保障制度的整合”(2015AD014);教育部哲学社会科学研究重大课题攻关项目“中国社会保障制度整合与体系完善研究”(13JZD019)。

作者简介:罗丽娅,华中科技大学社会学院博士,湖北武汉,430074;丁建定,华中科技大学社会学院教授、博士生导师,湖北武汉,430074。

(责任编辑:邓飙)