

我国长期护理保险模式优化探索

——基于上海、青岛、南通三种模式的比较

杨艺超

(西北大学 公共管理学院, 陕西 西安 710127)

【摘要】: 随着我国人口老龄化水平的加剧和失能人数的增多, 人们对于长期护理的需求也在不断增加。在此背景下, 我国长期护理保险在部分地区开展试点。本文运用比较分析法对比分析了上海、青岛、南通三座城市长期护理保险的实施模式, 从中提炼出我国长期护理保险面临的供给与需求不对称、失能评级标准不完善、长期护理保险覆盖范围有限这三个问题, 并提出引入市场、社会等多方联动、明确长期护理保险覆盖范围、加强专业人才培养三项措施。

【关键词】: 长期护理保险 人口老龄化 失能老人

【中图分类号】: F23 **【文献标识码】:** A

0 引言

随着人口寿命的延长, 我国老龄化程度不断加剧。根据国家统计局发布的数据, 从 2015 年至 2019 年, 我国 65 岁及以上老年人口从 14386 万人逐步上升到 17603 万人, 我国老年人口抚养比从 2015 年的 14.3% 上升至 2019 年的 17.8%。同时, 中国老龄科学研究中心发布的信息显示, 我国 60 岁以上老年人口超过 2.53 亿, 1.8 亿以上的老年人患有慢性病, 患有一种及以上慢性病的老年人比例高达 75%, 失能和半失能老年人约 4200 万人。在老龄化水平不断加重和失能老人不断增多的同时, 我国的养老护理设施数量却是非常有限的。《2019 年民政事业发展统计公报》显示, 截至 2019 年底, 每千名老年人拥有养老床位 30.5 张。尽管我国养老护理设施数量在不断增长, 但是依然无法满足庞大的养老需求, 并且养老护理设施还存在着地区分布不均的问题。如城市中心区养老设施紧缺、远郊边缘区资源闲置, 出现养老社会设施空置率高与供不应求共存的相悖局面。

基于以上背景, 本文将采用比较分析法, 分析上海、青岛、南通三座城市长期护理保险不同的实施模式, 对我国长期护理保险优化路径进行探索。

1 文献综述

人口老龄化趋势不断加重, 失能、半失能老人数量不断增多, 这与有限的养老护理设施之间形成尖锐的矛盾, 因此国内有很多学者对长期护理保险展开研究。在长期护理保险的可行性方面, 冯兰 (2020) 指出我国长期护理保险在试点过程中存在着缺乏明确的保障范围, 保障不够全面、待遇给付标准不够明确, 没有细分护理服务等问题。针对这些问题, 提出了要合力构建长期护理保险制度配套体系, 合理制定待遇给付标准、兼顾居家社区养老, 发展社区护理服务等措施。也有学者对长期护理保险的资金筹集进行了分析, 李月娥、明庭兴 (2020) 分析比较了长期护理保险几种筹资模式的差异, 最终指出长期护理保险存在参保人群制度覆盖面窄, 有较大扩面空间、筹资渠道较为单一, 且过度依赖医保基金等问题, 并针对以上问题, 提出要扩大参保

人群覆盖面，实现应保尽保、开展多渠道筹资等对策建议。还有学者对长期护理保险的需求问题进行了研究，陈凯利、陈凯志(2019)指出，长期护理保险参保意愿受居民自身相关因素与长期护理保险制度相关因素的影响。

2 长期护理保险现行模式及不同城市的模式比较

2.1 上海模式

上海市在长期护理保险试点实施方面呈现出两个特征，一是政府主导。上海市采用完全由政府经办和实施的模式，把长期护理保险归为社会保障的范畴，该模式在长护险试点城市中较少采用。二是长期护理以居家医疗护理为主。上海市在正式试点之后，将制度定位为“支持发展居家养老”，并在基金支付上一定程度向居家照护倾斜。

在具体实施方面，上海市人力资源和社会保障局公开信息显示，长期护理保险主要有两类覆盖人群，一是年满 60 周岁，参加居民医保或职工医保并已按照规定领取城镇职工基本养老金的人；二是失能程度达到二级至六级的人员；在服务模式方面，上海市主要有社区居家照护、养老机构照护、住院医疗护理三种模式；在支付标准方面，居家照护模式对达到二、三级失能程度的老人服务时间每周不超过 3 小时，对四级失能老人的服务每周不超过 5 小时，对五、六级失能老人的服务每周不超过 7 小时。养老机构照护模式对达到二、三级失能程度的老人，每天收取 20 元费用，对失能程度四级的老人每天收取 25 元费用，对五、六级失能老人每天收取 30 元费用。住院护理模式则参照医疗保险报销比例收取费用；在服务项目方面，则包括面部清洁梳理、沐浴、协助进食、生活自理能力训练等 40 余项。

2.2 青岛模式

青岛模式长期护理保险的试点呈现出两方面的特征，一是政府管理，民营机构参与经办。青岛市主要采取政府主导、民营机构高度参与的长期护理保险发展模式，到目前该模式已经较为完善。二是全人全责的特点，即长期护理保险模式将“医、养、康、护、防”与“全人”理念相结合，旨在为失能失智老人提供及时、周全的服务。

在具体实施方面，根据青岛市人力资源和社会保障局公开的信息，在覆盖人群方面，生活不能自理的失能、失智人员，均可享受长期护理保险待遇；在服务模式方面，青岛市采取“4+3”模式，即专护、院护、家护、巡护与长期照护、短期照护、日间照护相结合；在支付标准方面，享受专护、院护、失智专区的三、四、五级失能老人，每天分别花费 22 元、35 元和 50 元，其中个人自付 10%。享受家护、巡护的三、四、五级失能老人，每周分别享受 3、5、7 个小时的照护服务。小时结算标准按照 50 元每小时的标准(含个人自付部分)，不足半小时的以半小时计算，其中 25 元每半小时；在服务项目方面，青岛市共有 60 项居家照护服务，其中基本护理 25 项，基本生活照护 17 项，康复训练 15 项，药物管理及指导等其他服务 3 项。

2.3 南通模式

南通长期护理保险实施模式是委托第三方经办、政府参与监督，在实施中主要依靠市场运作和服务外包。在经政府部门批准公开招标以后，由中标的商业保险公司提供从受理申请、上门评定、补助发放、上门照护、上门稽查等一系列完整的服务。

在覆盖人群方面，经过至少 6 个月的治疗，生活依旧不能自理的重度和部分中度失能人员，可享受长期护理保险待遇；在服务模式方面，主要有医疗机构照护、养老服务机构照护、上门照护服务这三种模式；在支付标准方面，享受医疗机构照护的老人，重度失能、中度失能的每天分别补助 50 元、40 元。享受养老服务机构照护的老人，重度失能、中度失能的每天分别补助 40 元、10 元。享受居家照护服务的老人，重度失能、中度失能的每天分别补助 15 元、8 元。

2.4 三种模式异同点之比较

通过对上海、青岛、南通这三座城市长期护理保险实施特点及具体政策措施的分析和比较，可以发现这三个城市在长期护理保险的实施方面有许多相同点，如长期护理保险主要以三种方式进行，分别是居家照护、机构照护和住院照护；这三座城市都按照护理模式与护理级别确定护理费用或报销比例；三个城市对于机构照护与住院照护都以费用报销为主，居家照护则以费用优惠为主。

同时，这三座城市在长期护理保险方面还有很多不同点，如这三座城市的经办方不同，上海模式以政府经办为主，青岛模式以政府管理，机构参与经办为主，南通模式以委托第三方经办为主；在机构照护方面，机构的类型也比较多样，有医养结合机构、敬老院、老年福利院、社区居家养老服务社、护理站等；在服务项目方面，各地区长期护理保险所提供的服务项目也有所不同；在覆盖人群方面，三座城市的覆盖范围和保障对象各有不同，这主要是因为各地区制定的享受保险待遇条件不同；在失能评估方面，目前我国各地区还未形成统一的标准。

3 现行模式存在的问题

3.1 供给与需求不对称

目前，长期护理保险所提供的服务项目面临供给与需求不对称的问题，这主要体现在三个方面：一是护理设施有限。尽管近年来，养老护理设施数量一直在增长，但是其总量远远无法满足庞大的老年照护需求，正如 2019 年，我国每千名老年人所拥有的机构床位仅为 30.5 张。二是缺乏专业的医疗照护。一部分老人因无法得到必要的专业医疗照护，不得不去选择住院，这在另一方面，又对医疗资源造成了挤压，加剧了医疗资源的供需矛盾。三是老人的居家照护需求无法被有效满足。与在养老机构接受照料相比，老人更希望居家养老，在家得到长期照料，而有些居家照护项目有时间限制，无法满足老年人的连续性服务需求，并且一些上门服务项目主要集中在帮助老人打扫卫生等外围服务项目，没有真正惠及老年人本身，因此对于老人的居家照护也无法起到很好的效果。

3.2 失能评级标准不完善

我国试点城市的失能评级标准各有不同，没有统一的标准，并且目前我国试点的 10 个城市采用国际康复医学领域常用的《日常生活活动能力评定量表》，其测评内容包括进食、洗澡、梳洗等 10 项。该量表测量的主要内容是一些最基本的活动能力，没有对老年人慢性病、认知障碍等方面进行评估，测量内容有限。如很多城市近年来患有精神、智力等疾病的人数逐年增多。但因为测量内容比较单一，因此无法享受完善的照护服务。

3.3 长期护理保险覆盖范围有限

一方面，各城市的覆盖人群的标准不统一。如上海、青岛、南通这三座城市覆盖人群的标准都不统一。覆盖人群不统一会导致我国长期护理保险实施质量参差不齐，影响长期护理保险实施效果；另一方面，长期护理保险的覆盖人群也是有限的。绝大多数试点地区仍以职工和居民区分参保群体。实际上，区分职工和居民参保群体，是我国基本养老保险和基本医疗保险的传统做法。职工保险主要面对的是单位就业者，居民保险主要面对的是无就业者或零工就业者。但是长期护理保险制度与养老和医疗保险制度不同，它保障的是生命末端群体，对群体的基本照护也无需按照个人身份割裂参保，这样有失制度的公平性。

4 我国长期护理保险的优化意见

4.1 促进市场、社会多方联动以发展长期护理保险

在长期护理保险供给方面，可以引入市场作用，并调动社会资源以解决供需矛盾。首先，需要调动社会各方力量的积极

性，拉动社会资本的进入，缓解长期护理保险资金短缺的问题。其次，可以发挥第三方机构优势，委托商业保险机构参与经办管理。再次，需要搭建资源共享平台。通过政府购买服务的方式，拉动社会资本投资设立照护服务机构。可以利用线上平台，通过资源共享，提高资源利用效率。最后，支持不同机构开展业务往来。政府可以打通不同机构业务往来的通道，加强各个机构之间的联系，促进不同机构之间的优势互补，从而开展器具租赁业务等。

4.2 加强长期护理专业人才培养

在长期护理保险服务提供者方面，由于专业护理人才短缺，导致一些服务项目无法很好实施。因此，要增加长期护理专业人才的培养和供给，首先，要广泛吸纳人才，如可以制定就业扶持政策，吸纳高校毕业生、城市务工人员等加入长期护理专业人才队伍。其次，要加强人才培养。当地政府可以与学校、培训机构等采取合作的方式，培养专业的人才队伍，提升从业者素质水平。再次，要完善激励制度。提高长期护理人员薪酬福利待遇，提高长期护理保险从业者的职业认同感，在社会舆论中提高护理人员职业声望，从而吸引专业护理人员入职。最后，要完善监督机制，即完善长期护理职业从业规范，加强对长期护理职业的监督，提升长期护理服务供给质量。

4.3 明确长期护理保险的覆盖范围

这里包括两方面内容：一方面是长期护理保险的参保人。对于长期护理保险的参保人，可以考虑全民覆盖，建立居民长期护理保险，从而起到分散社会风险的作用；另一方面是长期护理保险的受益人。有长期护理需求的失能人员理论上均应享受长期护理保险待遇，但基于长期护理资源稀缺的背景，可以将受益对象拟定为 65 岁以上有刚性护理需求的老年人，并且，这种护理需求是建立在老年人行动能力评估之上的。同时，护理服务也应覆盖失智老人、患有慢性病的老人，以确保长期护理保险的受益人群确有照护需求，发挥长期护理保险效用。

5 结语

在人口老龄化和失能、半失能、失智老人不断增多的背景下，人们对于长期护理保险的需求也在不断增加。在比较了上海、青岛、南通三座比较典型的城市长期护理保险试点模式之后，本文从中找出了异同点，并概括了当前我国在长期护理保险的试点实施当中，存在着长期护理保险供给与需求不对称、对于失能人员的评级标准不完善、长期护理保险在各城市的覆盖范围有限。针对以上问题，本文提出了要促进市场、社会多方联动以发展长期护理保险、明确长期护理保险的覆盖范围、加强长期护理专业人才培养这三项优化措施。

伴随着我国长期护理保险从部分试点转向全面建设的进程，对于上述优化措施如何能够指引长期护理保险具体的构建，还需后续的深入研究，以促进我国长期护理保险的制定和实施更加合理、有效。

参考文献:

[1]冯兰. 试点扩面背景下我国长期护理保险发展研究[J]. 科技创业月刊, 2020, 33(09):61-63.

[2]李月娥, 明庭兴. 长期护理保险筹资机制: 实践、困境与对策——基于 15 个试点城市政策的分析[J]. 金融理论与实践, 2020, (02):97-103.

[3]陈凯利, 陈凯志. 长期护理保险需求影响因素分析[J]. 商讯, 2019, (27):139+141.

[4]原彰, 廖韵婷, 李建国, 等. 我国长期护理保险典型发展模式研究[J]. 卫生软科学, 2020, 34(04):60-64.

[5]杨桂彬, 谢宏忠. 我国长期护理保险制度试点服务项目的比较分析——基于上海、南通、青岛三个城市的比较[J]. 西安建筑科技大学学报(社会科学版), 2020, 39(03):35-41+71.

[6]张雅娟, 林君丽, 王婷, 等. 青岛市长期护理保险制度探索与实践[J]. 中国医疗保险, 2018, (01):36-39.

[7]耿晨. 解读照护保险南通模式[J]. 中国人力资源社会保障, 2017, (06):16-18.

[8]王敏. 我国长期护理保险五大问题亟待改善[N]. 中国财经报, 2019-08-20(007).

[9]张盈华. 长期护理保险制度的探索、问题和道路选择[J]. 中国财政, 2019, (11):44-47.

[10]徐载娟. 长期护理保险供给质量提升路径分析[J]. 铜陵职业技术学院学报, 2020, 19(03):16-18+39.

[11]邓大松, 郭婷. 中国长期护理保险制度构建浅析——以青岛市为例[J]. 卫生经济研究, 2015, (10):33-37.