

老年人口长期照护体系的国际比较

陈比聃

(厦门大学 公共事务学院, 福建 厦门 361005)

[摘要] 21世纪人类发展的重要特征之一是人口老龄化。从世界范围来看,由于发达国家较早进入老龄化社会,因此它们在应对老龄化问题方面积累了很多经验,尤其体现在其老年人口的长期照护体系的建设。本文比较了英国、瑞典、日本、美国的老年人口长期照护体系,梳理他们的政策法规、基本措施、体制机制及基本经验,也探析其中的不足之处,旨在为我国老龄事业的发展起到借鉴作用。

[关键词] 长期照护体系;国际比较;老龄化

[中图分类号] C913.6

[文献标识码] A

[文章编号] 1673-5684(2013)02-0042-05

随着社会经济的发展以及医疗卫生技术的进步,人类的寿命有了很大程度的延长。同时,由于生育率的大幅持续下降,使得老年人口所占的比例日趋升高,导致大多数国家均进入人口老龄化时代。发达国家由于更早地进入老龄化社会,其应对人口老龄化的经验可以为我国老龄事业发展起到有效的借鉴作用。国际上对于人口老龄化的应对有着诸多模式,近十几年许多发达国家都先后创建了长期照护(LTC, Long-Term Care)体系。所谓LTC体系是指开拓社区养老功能,促进帮助老年人居家养老的各种老龄产业、社区养老支持系统、老年人健康福利体系的建立和发展,其内容包括家政服务、送饭上门、家庭保健及护理、生活必需品的派送、起居辅具配置、房屋无障碍改造以及紧急呼叫等各种为老服务。^[1] 本文将通过梳理比较英国、瑞典、日本、美国的LTC体系,以期为我国老龄事业的发展拓展思路,收获启迪。

一、问题的提出

根据联合国的预测,^[2] 到2050年,除非洲外,全球

其他各洲的65岁及以上老年人口的比例将接近或超过20%,欧洲将接近30%。与人口老龄化相伴随的是人口高龄化。目前全球80岁及以上高龄老人约占65岁及以上老年人口的20.2%。到2050年,80岁及以上人口将增至3.9亿,占65岁及以上人口的26.4%。随着老年人口数量的增加,老年人口健康问题及长期照护的问题日益突出。

作为全球第一人口大国,人口老龄化所带来的社会形势对于我国而言更加严峻。据国家统计局公布的2010年第六次人口普查数字显示,65岁及以上人口为118,831,709人,占总人口的8.87%^[3],与第五次全国人口普查数据相比,其比重上升了1.91个百分点。我国截至2009年底,80岁及以上人口增至1899万人,占65岁及以上人口的总数的11.4%。

一项研究(陶立群,2006)认为我国人口老龄化速度呈现以下阶段性特点:1982年至1990年为初露端倪阶段,1990年至2000年为萌芽过渡阶段,2000年至2025年将为加速发展阶段,2025年至2050年为高速发展阶段。分别按传统的非常保守的中死亡率方

[收稿日期] 2013-03-19

[基金项目] 本文为教育部规划基金项目(09YJAZH049)的阶段性成果。

[作者简介] 陈比聃(1992-),女,福建龙岩人,厦门大学公共事务学院政治学与行政管理专业。

案,以及相对中国快速发展而可能性较大的低死亡率方案进行预测,到2050年我国65岁及以上老年人口将达到3.37-4.0亿,占总人口的比例23.9%-26.9%左右;80岁及以上高龄老人达1.14-1.50亿左右,占65岁及以上人口的比例为33.8%-37.5%。^[4]

除此之外,生育理念的改变以及我国大陆地区所实行的独生子女政策也大大加重了社会赡养老年人的负担。根据国家统计局第六次人口普查所得的数字,我国家庭户规模在1990年为3.96人/户,2000年为3.44人/户,2010年则下降至3.10人/户。由夫妻和未婚子女组成的核心家庭,对老年人的照护能力有限,而且人际关系网络的资源较少,因而一旦家中成员生病,照顾功能显有不足。^[5]核心家庭的大范围增加使得原本传统的大家庭养老的模式受到了严重冲击。

可以想象,如果不及时妥善地解决我国人口老龄化所带来的养老照护问题,那么要保障规模逐渐增大的老年人群体能够拥有体面、有尊严和幸福的生活将十分困难。建设适合国情的长期养老照护体系成为民生建设的重要工程。一方面我们要在实践中积极探索当代中国养老照护的体制机制、政策措施;另一方面,应该科学地借鉴更早进入老龄化社会的发达国家的相关经验,尽快完善养老照护体系,促进社会和谐。

二、英国、瑞典、日本、美国LTC体系的经验

1992年,联合国通过的《老龄问题宣言》强调:“以社区为单位,让老人尽可能长期在家里居住。”^[6]老年社会化养老照护水平与国家的社会福利状况密切相关,各国老年社会照顾模式体现了各自的历史文化和政治特点。

(一)英国的LTC体系

英国是较早进入老龄化社会的国家,1929年其65岁以上的人口即达7%,^[7]正式步入老龄化社会。表1显示2011年英国的老龄化率为16.5%,老龄化率在全球排在第24位。2008年男性的期望寿命为78岁,女性则为82岁。英国的老年人口照护制度主要依靠国家医疗服务体系,其是由政府主办,包括财源筹措与照护服务的提供,是由上而下、高度中央计划与集权的。^[8]

为了满足老年人口健康照护的需求,从上世纪90年代开始,英国政府进行了LTC体系的雏形——社区照护的实践,并于1989年颁布了《社区照顾白皮书》,成为最早正式开启社区照顾的国家。《社区照顾白皮书》明确提出“社区照顾是指提供适当程度的干预和支持,以使老人们能获得最大的自主性,且掌握自己的生活,为给老人提供服务的老人家庭成员提供暂托、喘息照顾和日间照顾,通过团体之家和临时收容场所,增加照顾范围,直至提供居家护理照料。”制度性的社区照顾模式的目的是为了促成需要照顾的老年人留在社区在家庭中养老,并尽可能保障其过正常人的生活。这样既保证了人们福利保障的水平,又弥补了政府统筹福利的缺陷,而且更加人性化地解决老年照护问题,便利了长期照护的可持续实施。

2001年,英国政府提出针对老年人的以居家养老为主的LTC体系计划(National Service Framework for Older People),该计划目的在于为老人提供公平、高品质及整合性的健康与社会服务。^[9]为了提高老年人的生活质量,应对日益增长的老年弱势群体,政府制定了一系列为老年人服务的战略,主要涉及房屋、健康、社会服务等方面。以居家养老为主的LTC体系并不是以牺牲家庭成员特别是配偶和子女的幸福、降低老年人生活质量为代价的。英国推行居家养老是有前提的,是一定要配以社区照护作为补充方式,主张大力发展社区助老服务,从而为居家养老的老年人提供全方位的服务。

表1显示了英国老年人LTC体系的资金由国家税收全额提供,老年人不必再为长期照护付钱。在医疗方面英国采取由签订的全科医生提供的社区首诊体系。在养老照护方面英国部分实施高技术的照护服务,社区养老照护资源的整合十分完善,但未实行夜间定时访问。

然而,尽管英国老年人LTC体系对于老年照护的问题进行了许多安排,它也存在不足。英国NHS模式是一种典型的公共集成模式,给政府的财政造成巨大的压力,^[10]NHS经费每年递增10%,2009-2010年度占到GDP的10%。^[11]2011年,英国公共卫生服务监察员提出“NHS已经无法满足关于照护老年人即使是最

低的要求”,严重不足的护理人员数量(参见表1,英国2000-2009年每万人口护士及助产士为6人)使得“NHS在给予老年人照顾、同情、尊严和尊敬等方面均是失败的”。^[12]这充分表明了以英国NHS为基石的长期照护体系仍然有所欠缺,亟需进一步改进,尤其要加强照护人力资源的配置。

(二)瑞典的LTC体系

瑞典是全球最早进入人口老龄化的国家之一,于1890年就进入老龄化社会。^[13]2011年,瑞典的老龄化率为19.7%,如表1所示,位列世界第5位。2008年男性的期望寿命为79岁,女性则为83岁。根据瑞典法律,子女和亲属没有赡养和照料老人的义务,赡养和照料老人完全由国家来承担。

经过半个世纪的努力,瑞典已建立起了比较完善的LTC体系养老制度。政府为居家老年提供福利家政,并在一定程度实现按需分配。居家养老的人凡有需要,都可以向当地主管部门提出申请,主管部门要进行实地评估,在获得确认后,才会作出同意的决定。家政服务的次数和范围根据需要而定,有的是只提供一个月一次服务,有的则一天里要提供好几次服务。

居家养老服务实施过程,基本由地方自治团体所主导。地方自治团体负责制定服务计划,为老年人提供福利性的住宅,提供家庭入户服务。政府提供的家政服务包括:个人卫生、安全警报、看护、送饭、陪同散步等,只要是日常生活需要的,都可以提供服务。地方自治团体提供的服务包括:打扫卫生、菜肴烹制、送餐到户;建立日间老人活动中心,组织老人开展文娱、体育健身活动,为老人组织舞会、电影晚会、交友会等。^[14]

瑞典的LTC体系主要依靠国民保险制度运转,覆盖全民,以国家税收作为资金来源。老年人根据收入决定支付金额,超过一定比例后免费;如果是享受地方自治团体的服务,活动的资金由国家财政解决50%,由老年人自己承担50%。在居家照护方面,瑞典实施长期照护和夜间定时访问,但并未开展高技术的照护。总体来看,社区养老资源的整合很成功(参见表1)。

尽管瑞典的LTC体系为老年人提供了全面的医疗服务,但是由于这一体系以国家为主导,使得个人

所需承担的税赋较重,出现了医疗支出过高、医疗资源分配不均等、医疗服务效率差等问题。对此,有关允许市场及社会力量参与医疗保健服务体系以减轻政府压力的改革有待加强。^{[15][18]}

(三)日本的LTC体系

1970年日本进入老龄化社会,65岁以上所占比重为7.1%。^[9]2011年日本的老龄化率排在世界第2位,高达22.9%,2008年,日本男性的期望寿命为79岁,女性的则为86岁。日本是世界上老龄化问题最为严重的发达国家。

1997年,日本政府通过了“关于创设LTC保险制度”(即《介护保险法》)的议案,并于2000年开始实施。其LTC体系是由法律来加以约束,以政府为管理主体,采用强制保险的方式,40岁以上国民皆须加入LTC保险制度。保险人分为两类,65岁以上老人称为1号被保险人,40-64岁的中高者为2号保险人。LTC体系财源50%来自保费收入,其中17%保费由1号保险人(65岁以上)负担,33%保费由2号保险人(40岁以上到64岁)负担,其余50%由政府负担(中央政府负担25%,都道府县负担12.5%,市町村负担12.5%),采取自助与众人相互支助制度,针对收入较低之1号保险人(65岁以上),其保险费用由领取之国民年金中扣缴,保费需终身缴交。^[16]日本的长期照护保险制度提供的包括社区式服务及机构式的服务。^[8]

现阶段,老年人每次享受LTC体系时自己的负担率约为10%-30%。日本的LTC体系实施高技术的照护,部分还实施了夜间定时访问服务,社区养老照护资源进行了整合但仍存在一定的地域性差异(参见表1)

随着日本老龄化程度的加深,LTC体系的维持也会出现些许问题。其中,最突出的是LTC体系的财政支出急剧增加,在这种情况下,当该保险体系出现支大于收的情况时,解决的办法只能是增加财政支出或增收保费,而这两种方式都会增加公民的经济负担。^[17]另外,日本的护理经理身兼服务提供商的角色,当专职于某一服务提供单位中的照顾经理为需要介护的被保险人设计照护计划时,可能出现护理经理为维护本身机构利益而容易发生涉及不符合被保险人身心状况的服务,因此需要避免护理经理的

两难困境。

(四)美国的LTC体系

20世纪40年代,美国进入了人口老龄化社会。2011年,美国的老齡化率为13.1%,排在全球第52位。2008年,男性的期望寿命为76岁,女性则为81岁。美国的老年人健康照护制度是自由市场制的典型代表。市场化模式更强调个人自由和个人选择,作为一种商业保险,美国LTC保险的供求基本由市场来调节,美国人可以自愿选择是否投保,也可以自由选择如何投保,但该保险仅覆盖了84%的公民。^{[15][217]}大部分美国老年人选择偏好居家养老社区照顾模式。偏好居家养老的美国老年人促进了社区照顾的发展,有专门为老年人建立的居住社区,独立居住型、护理居住型和持续照顾型等老年社区得到了政府、开发商和老年人的青睐,“称之为国家-社区型老年福利模式”。^[18]

如表1所示,美国老年人LTC资金来源主要为Medicare或商业保险。在老年人自己负担率方面,符合Medicare范围内的老年人免费,但是长期的照护也需要自己负担,且费用高昂,或由所购买的商业保险负担。美国LTC体系已经部分实施,但尚未形成制度化,高技术的照护已经实施,夜间定时访问则仍未实施。在社区养老方面,美国已开始进行社区养老照护资源的整合,但建制并不完整。虽然美国的LTC保险具有自由、灵活、多样化的优势,但由于美国人强调自由与责任,无论是服务的提供或者是财源筹措主要以市场化为原则。市场化的商业运作更容易产生逆向选择和道德风险,且商业模式不注重整体公平性,不同收入水平的被保险人享受道德护理保障差别巨大。一头可能出现护理服务费用不断攀升的现象;另一头,越来越多的被保险人因为承受能力有限被迫退出长期护理保障的行列。^[19]

三、对我国的启示

国际上有关老年人照护体系的建设有诸多模式。通过比较,笔者发现各国所创建的老年长期照护体系在应对人口老龄化问题上发挥了较好的作用,但是也各自面临着不同的困境。如英国和瑞典坚持以国家的财政来为LTC体系提供保障,但却造成国家财政压力大、医疗服务效率差等问题;美国的LTC体

系主要依靠市场来运作,虽然效率较高,但该体系只是部分实施,尚未制度化,易造成低收入老年人口游离于LTC体系之外;日本的LTC体系运转效率良好,居家照护制度建立完善,但随着老龄化的加剧,财政支出也急剧增加,护理经理的身兼二职现状使利益出现交叉。

分析部分发达国家建设老年人照护体系的做法和经验教训,我们可以从中获得以下启迪:

第一,必须尽早高度重视老年人照护体系建设问题。受人口老龄化程度加剧、平均寿命提高、少子化、妇女进入职场比例高、传统家庭结构改变等因素的影响,我国老年人照护需求大幅增加,供给严重不足;又因长期照护将对家庭带来沉重的经济负担,可能导致贫穷老年人口增加,转而依赖社会救助。

第二,必须把创建我国LTC模式作为重大民生工程列上议事日程。根据相关资料显示,在我国城市地区,一个社区服务站服务一条街道,一条街道有3000-5000人,护士只有1-3名甚至更少,更不用说广大农村,可见我国照护人力资源严重匮乏。^[20]所以,借鉴他国的经验和教训来避免无谓损失和时间成本的消耗是智者之策。鉴于我国目前人口老龄化背景下的社会经济发展现状,我国具体应该创建怎样LTC模式,有待于进一步深入探讨。

第三,必须从公共财政支持、政策法规支持、市场化支持、社会组织支持等多角度来构建我国老年人照护体系。由于我国人口规模巨大,如此大规模的老年人口的养老照护,仅仅靠政府或者仅仅靠社会组织都是不可想象的,必须多方支持,合理构建框架体系,方能实现可持续发展。

第四,必须大力开发照护人力资源。为了满足激增的老年照护人口及潜在老年照护人群的需求,创建与我国经济、文化、习俗相适应的老年人LTC体系,大力开发照护人力资源是应对我国快速的人口老龄化及高龄化的重要途径。我们不仅要提高相关部门、相关组织工作人员的素质,大力发展相关志愿服务,更要着眼于长远,尽快培养、培训出大批养老照护的专业人才,为我国老龄事业的发展奠定队伍基础。

表1 英国、瑞典、日本、美国、人口老龄化、医保制度以及居家照护制度的相关信息统计

	英国	瑞典	日本	美国
国情背景				
人口(人)*	61,231,000	8,738,000	127,293,000	311,666,000
面积(km ²)	244,100	449,964	377,780	9,809,431
老龄化率(%) ^a	16.5	19.7	22.9	13.1
老龄化率在全球的排序(位) ^a	24	5	2	52
期望寿命*				
男性	78	79	79	76
女性	82	83	86	81
医保制度	国民保险 NHS	国民保险	全民社会保险	民间保险中心
覆盖率	几乎全民	全民	全民	84%
首诊体系	签订的全科医生提供	地方诊所	自由选择基层医疗机构	自由选择基层医疗机构
每万人口医师数**	21	36	21	27
每万人口护士和助产士数**	6	116	95	98
居家照护相关制度				
资金	税收	税收	税收, LTC 保险	Medicare, 民间保险
老年人自己负担率	免费	根据收入决定支付金额, 超过一定比例后免费; 如果是享受地方自治团体的服务、活动的资金由国家财政解决 50%, 由老年人自己承担 50%。	10%-30%	符合 Medicare 范围内的老年人免费, 但是长期的也需要自己负担, 且费用高昂, 或由所购买的保险负担。
长期照护的提供	实施	实施	实施	部分实施但尚未形成制度化
是否实施高新技术的照护	部分	未实施	实施	实施
夜间定时访问	未实施	实施	部分实施	未实施
社区养老照护资源整合	整合很成功	整合很成功	有整合但存在地域性差异	已开始实施但建制并不完整
社区照护提供者身份	国家公务员	地方公务员	地方公务员或照护机构成员	照护机构中的成员

注: ①*为2008年数据, **为2000-2009年数据, 均取自《2010中国卫生统计年鉴》。

②^a为2011年65岁以上老年人口数占各国总人口数的比例, 资料来源: NationMaster. http://www.nationmaster.com/graph/peo_age_str_65_yea_and_ove-age-structure-65-years-over.

③其余参考: 木下由美子《在宅看护论》, 第217页。

参考文献:

[1] 王德文.我国老年人口健康照护的困境与出路[J].厦门大学学报:哲学社会科学版, 2012(4):90-98.
 [2] United Nations Population Division. World Population Prospects: the 2008 Revision.<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009.htm>. 2009.
 [3] 陶立群.我国人口老龄化的趋势和特点[J].科学决策, 2006(4):8-10.
 [4] Zeng, Yi and Linda K. George. Population Aging and Old-Age

Care in China" [M]. In: Dale Dannefer and Chris Phillipson (eds.) Sage Handbook of Social Gerontology, Sage Publisher, 2010.
 [5] 张芸. 医疗与社会: 医疗社会学的探索[M]. 台湾: 巨流图书有限公司, 2004.
 [6] 熊必俊. 保障老有所养的理论与实践[M]. 北京: 经济管理出版社, 1999.
 [7] 林沛瑾. 日本与英国的中高年龄就业政策[J]. 台湾老年学论坛, 2012(3).
 [8] 许佩蓉, 张俊喜, 林静宜, 等. 机构式长期照护综述[J]. 台湾老年医学杂志, 2006, 1(4).
 [9] 侯淑肖, 尚少梅, 王志稳, 等. 国外长期护理发展及启示[J]. 中国护理管理, 2010, 10(2).
 [10] 王毅. 英国全民医疗保障的历史沿革[J]. 中国卫生产业, 2003(3).
 [11] 吴宁. 医疗改革应借鉴英国模式 [N]. 中国社会科学报, 2010-12-21(06).
 [12] Parliamentary and Health Service Ombudsman. NHS is failing to meet even the most basic standards of care for older people, warns Health Service Ombudsman[EB/OL]. (2011-02-15) [2013-02-24] <http://www.ombudsman.org.uk/about-us/medica-centre/press-releases/2011/nhs-is-failing-to-meet-even-the-most-basic-standards-of-care-for-older-people,-warns>.
 [13] Population Statistics, Statistics Sweden [EB/OL]. 2013-02-24 http://www.scb.se/statistik/LE/LE0201/2003M00/X10ST0302_05.pdf.
 [14] 郭竟成. 居家养老模式的国际比较与借鉴[J]. 社会保障研究, 2010(1): 29-39.
 [15] 木下由美子. 在宅看护论[M]. 日本: 医齿药出版株式会社, 1999.
 [16] 黄慧雯, 刘淑惠, 白玉珠, 等. 台湾长期照护保险制度与日本介护保险执行改革方针[J]. 护理杂志, 2010(4).
 [17] 邱鹏. 长期护理保险: 我国健康险市场未来的发展点[J]. 上海保险, 2004(3): 31-32.
 [18] 李迎生. 当代中国社会政策[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2012: 200.
 [19] 徐雯怡. 论我国长期护理保险体制的构建[D]. 上海: 华东政法大学, 2010.
 [20] 武英. 开展社区护理存在的问题和对策[J]. 实用护理杂志, 2000(16).

(责任编辑: 何逸英)