

# 发达国家老年人口健康照护的经验与启示

王德文 黎剑锋 陈比聃

(厦门大学公共事务学院,福建 厦门 361005)

**摘要** :比较英国、德国、日本、美国等不同社会福利制度下长期照护制度建设方面的特点,发现各国的长期照护制度尽管有所差异,但关键都是试图通过长期照护制度的建设,为老年人提供更多、更高质量的社区居家生活和疾病疗养照护,并使整体医疗资源的运作更有效率。

**关键词** :人口老龄化;长期照护;发达国家

中图分类号 :R19 文献标识码 :B 文章编号 :1004-7778(2013)07-0033-05

21 世纪人类社会发展的一个重要特征之一是人口老龄化。从世界范围来看,几乎所有的发达国家都已进入老龄化社会,许多发展中国家在上世纪末也开始步入老龄化社会。随着各国老年人口的不断增加,老年人口对健康照护的需求日渐增加。老年人口健康照护水平与国家的社会福利制度密切相关,各国老年照护模式体现了各自的社会福利制度和政治制度等特点。在过去二十年里,发展老年人口的长期照护体系已成为许多政府的政策目标<sup>①</sup>。所谓老年人口的长期照护体系(long-term care, LTC),大致包括以下内容:LTC 保险制度、LTC 管理与监督体系、LTC 服务提供机构。LTC 保险制度主要解决养老照护服务的费用问题,LTC 服务提供机构则承担了养老照护服务的载体功能,不仅提供专业医疗服务,而且提供日常生活照料服务(如各种家政服务)和其他社会服务(木下由美子,1999)。许多国家创建 LTC 体系,旨在为老年人口提供更多、更高质量的社区居家生活和疾病疗养照护,并使整体医疗资源的运作更有效率。在此,以英国、德国、日本和美国为例,分析在不同社会福利制度下的 LTC 体系发展特点。

## 一、英国“公医制”模式下 LTC 体系的发展

英国是“公医制”的典型代表。在“公医制”模式下,以一般税(所得税、营业税等)作为健康照护的主要财务来源,实行中央政府财务预算方式(tax-based financing)。1929 年英国 65 岁以上人口即达 7%,正式步入老龄化社会。1946 年英国国会通过立法,提供

老人年金、保健、急难救助等服务,地方政府提供养老院、社区照顾、家庭访视、住宅服务、饮食服务等。20 世纪 50 年代,英国的养老机构已经发展到相当规模(许佩蓉等,2006)。

随着英国人口老龄化程度不断加深,到 1990 年 65 岁以上人口达到 15.7%。与之伴随的是国民健康总支出占 GDP 的比例也越来越高,从 1990 年的 5.9%增长到 2008 年的 8.8%(见表 1)给政府财政支出带来巨大压力。于是,1990 年英国颁布《全民健康服务与社区照护法案》;1991 年发布《社区照护白皮书》,由中央授权给地方政府去主导和负责社区照护的推动,强调老年照护的主要场所是回到家庭之中就地养老,加强家庭成员的照护,并刺激民间机构提供更多的养老照护服务。在养老“去机构化”运动的同时,英国加强对老年人口的日常生活照护等长期照护的支持,支持基本原则为“残补原则”——将优先的服务资源提供给特定的人群;具体做法是通过资产调查评估,对低收入且需求强烈的老年人使用照护补助金作为社会福利手段,其他人则需自己付费(如富裕的老年人要自己花钱购买日常社会服务)(尹尚菁,2011)。由于对国家财政的要求越来越高,近十几年英国政府先后提出以下政策:针对老年人的整合性十年计划——老年人卫生服务框架(National Service Framework for Older People)、更好地为老年人服务的项目(better government for older people program, BGOP)、住房投资方案(housing investment

基金项目:福建省高等学校新世纪优秀人才支持计划资助(2011 NCETFJ);厦门大学公共事务学院 211“公共政策与政府治理”项目的阶段性研究成果。

① 联合国《2002 年国际老龄化行动战略》,转自:裴晓梅.长期照护社会保险的世界趋势与中国推展[J].上海城市管理,2010,(1):26-29.

program, HIP)、支持老年人服务项目(supporting people program)等<sup>①</sup>。此外,政府还制定 LTC 的质量控制办法,如英格兰由中央政府出资支持社会照护监察委员会、一般性社会照护委员会及卓越社会照护研究所,以解决老年人口长期照护服务的质量问题(尹尚菁 2011;汪玉环等 2012)。

英国 LTC 制度的特点是资金主要来源于国家的财政预算;老年人口长期医疗卫生方面归属“公医制”,享有免费服务;对老年人口长期日常生活照料和其他社会服务,政府遵循“社会救助法”制定领取照护补助金条例、购买照护服务的程序和标准、照护服务提供者的资格标准等。不足之处是长期日常生活照料和其他社会服务的覆盖范围有限,只有对生活收入水平在一定界限以下的老年群体进行补助(施巍巍 2012)。

表 1 英国老年人口及健康总支出比重 (%)

年份	65 岁及以上人口比例	健康总支出占 GDP 比例
2001	15.9	7.3
2003	15.6	7.8
2004	15.7	8.0
2005	15.8	8.2
2006	15.8	8.5
2007	15.8	8.5
2008	16.2	8.8

资料来源:Office for National Statistics; [http://www.nationmaster.com/graph/peo\\_age\\_str\\_65\\_yea\\_and\\_ove\\_fro\\_tot-structure-65-years-over-to-ta](http://www.nationmaster.com/graph/peo_age_str_65_yea_and_ove_fro_tot-structure-65-years-over-to-ta);OECD Health Data2012;笔者整理所得。

## 二、德国社会保险制模式下 LTC 体系的发展

自 1883 年起,德国先后创立了俾斯麦模式的健康、职灾、年金及失业等四种社会保险制度。在强制性全民健康保险(National Health Insurance, NHI)架构下,确保国民医疗卫生服务的可及性(accessibility),消除各项国民医疗卫生服务的经济障碍和歧视,同时以保费作为健康照护体系的主要财源之一(premium-based),通过“风险管理”和“风险分担”的方式,保障人类健康“损失”的不确定性,也避免对国家财政造成巨大不利的影响。德国的社会保险基本精神延续至今,历史悠久且制度周全,被很多国家所学习仿效。

1930 年,德国进入老龄化社会。1990 年,东德、西德统一之后,德国人口达 8420 余万人,其中 65 岁以上人口占 15.0%;到 2008 年,65 岁以上人口达到 20.1%。德国健康总支出占 GDP 的比例也在不断增

长,从 1990 的 8.3%增长到 2008 年的 10.7%(见表 2)。由于老年人口对长期医疗与日常生活照护的需求不断增加,原有的 NHI 制度已无法承担老年人口长期住院医疗等带来的风险。于是,1995 年德国颁布《全民长期照料社会保险法》,正式启动 LTC 体系。在 NHI 模式下,德国由国家强制实施 LTC 体系,依据权利与义务对等的原则,规定法定范围内的公民必须参加 LTC 社会保险。德国政府于 2001 年 7 月通过《照护质量保证法》,以确保 LTC 的服务质量、监督护理单位与工作人员(侯淑肖等 2010)。德国 LTC 体系的资金来自政府、企业和个人,体现了民众参保、社会共担老年人照护风险的公平性;同时,政府在 LTC 制度运行中负责监督管理的职能;为了有效地利用社会资源,发挥非正式社会支持网络在老年人口养老照护中的作用,德国政府采用经济手段鼓励非正式照护服务;为了提高照护质量,不但对照护人员进行准入资格认定,还适度引入市场竞争机制(尹尚菁 2011)。

德国 LTC 制度特点是强制性和互济性,可以基本解决全社会面临的老年人照护问题。不足之处是:所需资金巨大,政府财政负担较重,难以满足老年人的高端照护需求(施巍巍 2012;周琛 2007)。

表 2 德国老年人口及健康总支出比重 (%)

年份	65 岁及以上人口比例	健康总支出占 GDP 比例
1990	15.0	8.3
1995	15.6	10.1
2003	17.8	10.9
2004	18.3	10.7
2005	18.9	10.8
2006	19.4	10.6
2007	19.8	10.5
2008	20.1	10.7

资料来源:同表 1。

## 三、日本社会保险制模式下 LTC 体系的发展

日本的人口老龄化进程在发达国家中最快,是亚洲地区关注和研究 LTC 最早的国家,养老经验十分丰富,且在人文、风俗上与我国比较接近。1970 年日本正式进入老龄化社会,到 2009 年,其老龄化程度达到 22.7%,健康总支出占 GDP 比例从 1990 年的 5.8%增长到 2009 年的 9.5%(见表 3)。

为了应对人口老龄化问题,2000 年,日本政府开始创设 LTC 制度。日本 LTC 制度与德国基本一致,不

<sup>①</sup> The Scottish government.community care and health(Scotland)act 2002.[www.scotland.gov.uk/health/cdg](http://www.scotland.gov.uk/health/cdg).

过政府的干预程度更高(周琛, 2007)。日本 LTC 制度以政府为管理主体, 将 40 岁以上的医疗保险参保者强制纳入 LTC 范围, 以 65 岁为界将其分为两类, 分别按一定比例缴纳 LTC 保费。LTC 费用 50% 由国家负担<sup>①</sup>, 40% 依靠各地上缴的 LTC 保费承担, 长期照护需求者自付 10%。个人所要上缴的 LTC 保费根据收入分为 5 个等级, 从而确保收入和投保水平的均衡(厚生统计协会, 2011)。

日本 LTC 服务内容丰富, 主要包括生活护理、看护、康复、助浴、寓所疗养管理指导、保健服务、用具租借、住宅改建、老年公寓特定照护等。日本的 LTC 申请程序是参保者提出申请, 相关部门做出认定。认定结果分为四类: 重新调查; 有自理能力, 不能接受照护服务; 需要帮助, 但只能接受居家照护服务, 不能利用老年人照护设施; 需要健康照护, 并根据轻重程度将照护内容分为五个档次。另外, 每隔半年 LTC 制度享受者必须重新接受一次专家认定(日本公众卫生协会, 2010)。

表 3 日本老年人口及健康总支出比重(%)

年份	65 岁及以上人口比例	健康总支出占 GDP 比例
1990	12.1	5.8
1995	14.6	6.8
2000	17.4	7.6
2005	20.2	8.2
2006	20.8	8.2
2007	21.5	8.2
2008	22.1	8.6
2009	22.7	9.5

资料来源: 国立社会保障·人口问题研究所, <http://www.ipss.go.jp/p-info/e/psj2008/PSJ2008.html>; [http://www.nationmaster.com/graph/peo\\_age\\_str\\_65\\_yea\\_and\\_ove\\_fro\\_tot-structure-65-years-over-tota](http://www.nationmaster.com/graph/peo_age_str_65_yea_and_ove_fro_tot-structure-65-years-over-tota); OECD Health Date 2012; 笔者整理所得。

作为一个人口老龄化非常严重的国家, 在建构老年人长期照护体系方面, 日本政府在坚持发挥主导作用的同时, 特别注重发挥多元主体的作用, 逐步实现由政府包揽到政策引导及监管的职能转变; 改革遵循“个人责任、自立支援、分享参与和公私合作”等原则, 推动多元化参与支援社区综合性服务; 同时强调照护人员的培训和考核, 实施严格的照护资格认证制度以提升照护品质与效率, 建构了由国家、地方政府、民间福利团体、市民共同参与的多方位、多元化的老年社会福利事业体系, 从而达到“控制医疗

费用支出, 关注老年人自立与健康管理”的政策目标。另外, 日本政府不断修改完善各项法律和政策, 以满足老年人在长期照护方面的需求, 正是这些与时俱进的制度, 实现了日本老年人长期照护制度的可持续性发展。

#### 四、美国私人(商业)医疗保险体系下 LTC 的发展

美国是唯一没有执行“公医制”(NHS)或“全民社会保险”(NHI)的发达国家。长期以来, 美国把私人(商业)健康保险作为介入医疗服务的主要方式, 相对于社会保险, 政府在私人(商业)健康保险体系中主要扮演监督的角色, 以确保保险人和被保险人之间契约关系的合理和公平。1965 年颁布美国老年人法案, 奠定了政府为 65 岁以上老年人提供医疗照顾(Medicare)服务的法理依据, 所需费用基本由财政承担。以私人(商业)健康保险为核心、医疗救助为辅助的美国医保体系, 产生了独特的“甜甜圈洞”(Donut Hole)医疗保障缺口, 同时导致“高支出、低效率、欠公平”等三大积弊。2010 年奥巴马政府“历尽千辛”终于通过了新医改法案, 试图通过政府干预等手段实现美国医保全民覆盖, 通过改革医保市场结构如建立医保市场交易所、改革支付方式等控制医疗费用的快速上涨(荆丽梅等, 2011)。

早在 20 世纪 40 年代, 美国就进入了人口老龄化社会, 尽管有年轻移民不断流入, 美国人口老龄化程度仍逐步提高(见表 4)。美国人口老龄化特点之一是高龄老年人口比重大, 其中大部分 85 岁以上老年人口需要长期照护(Tumlinson A, Woods S, 2007)。美国政府于 1965 年设立了专门负责老龄工作的行政机构——老龄管理局, 2006 年, 新的美国老年人法案(The Older Americans Act)颁布, 较为完整地规定了有关老年人长期照护的基本制度, 旨在提高老年人的生活质量, 为老年人医疗、服务及相关权利提供保障。从 2010 年奥巴马政府新医改的实施时间表看, 美国从 2010 年开始到 2014 年将主体完成新医改, 其间与老年健康照护有关的举措包括: 改变 Medicare 的支付手段和水平; 要求保险公司以合理比率提供医疗保险优势计划, 保障联邦医保老年投保人以最合理价格获得服务; 组建一支独立的医生和医疗保健专家小组, 保障参保老年人的权益, 禁止定量服

<sup>①</sup>其中, 国家、都道府县、市町村三级政府分别按 2:1:1 的比例负担。参见: 杨红燕. 发达国家老年护理保险制度及启示[J]. 国外医学·卫生经济分册, 2004, 21(1):31-34.

务、增加税收或提高保费以及变更保险福利、参保资格或成本分摊标准,对参加联邦医保的老年投保人,实行年度健康探望和个体化预防计划的全覆盖,以提高预防和健康服务;完善社区生活辅助服务与支持法案,提供自愿、自付的 LTC 保险选择,确保 LTC 保险的参保人一旦变为残疾人,可按日获得从喘息服务到家庭护理等社区服务(荆丽梅等 2011)。

近年来美国在健康支出方面一直处在世界第一位,为了降低照护成本,许多学者开展了对养老服务成本控制方面的研究。但是相比其他发达国家而言,长期照护在美国远没有受到相应的政策关注,政府只是充当规范者角色。目前美国机构养老仍占主要份额,但是社区和居家养老比重呈上升趋势,部分州也实施了长期照护制度,以满足老年人高质量的照护服务需求。但是在自由市场模式下,美国 LTC 服务的可及性与公平性问题仍有待于时间考验。

表 4 美国老年人口及健康总支出比重(%)

年份	65 岁及以上人口比例	健康总支出占 GDP 比例
1990	12.3	12.4
2000	12.4	13.7
2005	12.4	15.8
2006	12.5	15.9
2007	12.6	16.2
2008	12.7	16.6
2009	12.9	17.7
2010	13.0	17.6

资料来源:同表 1。

#### 五、发达国家老年人口健康照护对我国的启示

从发达国家老年人口健康照护制度的发展历程可以发现,无论是实施公医制、社会保险制度还是医疗救助制度,随着老龄化程度的加深以及老年人口寿命的延长,各国的医疗支出都不断增长,导致财政不堪重负。出于减轻财政负担、整合优化资源、提高资源配置效率、提升老年人口照护服务质量的的目的,各国纷纷出台了 LTC 制度,同时,各国政府纷纷推广社区照护和就地养老,“在过去二十年里,社区照护和就地养老(aging in place)已经成为许多政府的政策目标”(裴晓梅 2010)。即使在美国,虽然机构养老仍占主要份额,但是社区和居家养老比重呈上升趋势。

国家统计局发布的我国第六次人口普查数字显示,65 岁及以上人口为 11883 万人,占总人口的

8.87%,与第五次全国人口普查数据相比上升了 1.91 个百分点。截止 2009 年底,我国 80 岁及以上人口增至 1899 万人,占 65 岁及以上人口的 11.4%。随着老年人口的增多和寿命的延长,可以预期慢性病、慢性功能障碍和失能风险将增加。同时,随着我国城市化进程的加快,独生子女家庭的大量出现,生活方式、居住环境等改变,加上人口流动频繁,家庭赡养老人职能逐渐削弱,独居或空巢老人数量也在逐年递增。据报道,部分大中城市空巢家庭达 70%。所以,不难理解我国老年人口的健康及照护问题将日益突出。如果不及时发展老年人的长期照护体系,那么满足我国老年人有体面、有尊严、有质量的生活需求是令人质疑的。同时,我国目前存在社区照护及养老机构的供给量远远小于需求量、服务内容单一、服务资源不足等问题(王德文 2012)。破解当下我国老年人口健康照护困境的最佳选择是发展以“居家照护社区养老”为主的 LTC 体系。

总结各国的老年人口健康照护制度,可以得到以下启示:(1)在地老化<sup>①</sup>是老年人健康照护服务的发展目标和趋势;(2)各国 LTC 的服务项目多元化,但是以居家和社区服务优先;(3)由于国家资源有限,因此必须加强老年人照护需求和资格的分类管理,将资源分配给最需要的人;(4)强调预防保健,养老照护重点从“医疗”(Medical)转向“健康促进”(Health Promotion);(5)采用多元化的 LTC 保险方式,使老年人可获得适合且完善的养老公共服务;(6)增加对社区居家照护的支持,着力发展社区居家照护;(7)重视各类人力资源的培训和考核,培养专业照护人员并注重团队合作。当然,从发达国家的经验看,尽管长期照护发展迅速,但毕竟实践时间不长,有些问题还有待进一步解决。

#### 参考文献:

[1] Tumlinson A, Woods S. Long-term Care in America: An Introduction [M]. Avalere Health LLC, 2007.

[2] Daniel D. Maeng, et al. Reducing Long-Term Cost by Transforming Primary Care: Evidence From Geisinger's Medical Home Model [J]. The American Journal of Managed Care, 2012, vol. 18, no. 3, 149-155.

[3] Darryl Wieland, et al. Does Medicaid Pay More to a Program of All-Inclusive Care for the Elderly

<sup>①</sup>让老年人选择在自己有能力负担、感觉快乐合宜的地方养老。

# 绩效工资制度下的公立医院薪酬分配研究

——以绍兴市人民医院为例

郭航远 陈士敏

(浙江省绍兴市人民医院,浙江 绍兴 312000)

**摘要** :以绍兴市人民医院为例,从方案的总体设计、建立以绩效为导向的内部分配制度以及与绩效考核相关的配套措施等三个方面分析员工薪酬分配制度,力图探索公立医院薪酬分配的新途径。

**关键词** :绩效;分配;考核;管理

中图分类号 :R197.322 文献标识码 :B

文章编号 :1004-7778(2013)07-0037-04

公立医院的发展必须坚持公益性原则。探索绩效工资制度下的公立医院薪酬分配机制,体现其社会责任,构建能够公开、公平和公正地评价医院工作业绩和社会效果的绩效体系,无疑是提高医院核心竞争力的重要战略之一。绍兴市人民医院从公立医院薪酬方案的总体设计、以绩效为导向的内部分配方案以及与绩效考核相关的配套措施等三个方面进行了探索。

## 一、公立医院薪酬方案总体设计

总体设计要求 :一是注重公益性 ;二是符合医院战略发展的要求 ;三是确定能力优先、绩效优先的基本理念 ;四是体现社会公平 ,即限高、扩中、升低 ;五是建立健全绩效管理体系。

### (一)薪酬总量控制

公立医院不以营利为目的,医院的收支结余只能用于医院的再投入与再发展。其中再投入是为了不断满足人们日益增长的健康需求,需要我们不断地学习与研究先进的医疗技术、不断地引进先进的

基金项目:“浙江省卫生高层次创新人才培养工程项目”,浙江省卫生经济学会课题(Zjwsjjkt2011009)。

(PACE) Than for Fee-for-Service Long-term Care[J]. Journal of Gerontology:Medical Sciences, 2012, vol.68, no.1.47-55.

[4]厚生統計協会.国民衛生の動向?厚生の指標[M].东京:奥村印刷株式会社,2011.

[5]荆丽梅,等.美国奥巴马政府新医改法案及启示[J].中国医院管理,2011,31(2).

[6]木下由美子編著.在宅看護論[M].东京:医歯薬出版株式会社,1999.

[7]日本公衆衛生協會.衛生行政大要(改第22版)[M].东京:奥村印刷株式会社,2010.

[8]施巍巍.发达国家长期照护制度比较与路径选择[J].新远见,2012,(4):42-48.

[9]施巍巍.发达国家医疗照护与长期照护资源分割的原因及其启示[J].北京科技大学学报(社会科学版),2012,28(1):146-151.

[10]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(哲学社会科学报),2012,(4):90-98.

[11]王玉环,刘素香.福利多元主义视角下老年人长期照护政策研究[J].中国护理管理,2012,12(5):93-96.

[12]许佩蓉,等.机构式长期照护综述[J].台湾老年医学杂志,2006,1(4):198-215.

[13]尹尚菁.发达国家长期照护服务体系比较[J].中国医药导报,2011,8(29):156-159.

[14]周琛.德日两国长期护理保险制度比较及我国 LTCI 建构构想[J].法制与社会,2007,(2):345-346.

作者简介:王德文(1966-),女,福建福州人,教授,博士生导师,研究方向:社会医学、健康人口学、老年健康管理。

黎剑锋(1989-),男,湖南衡阳人,硕士研究生,研究方向:卫生事业管理。

收稿日期:2013-02-28 (责任编辑:叶向明)