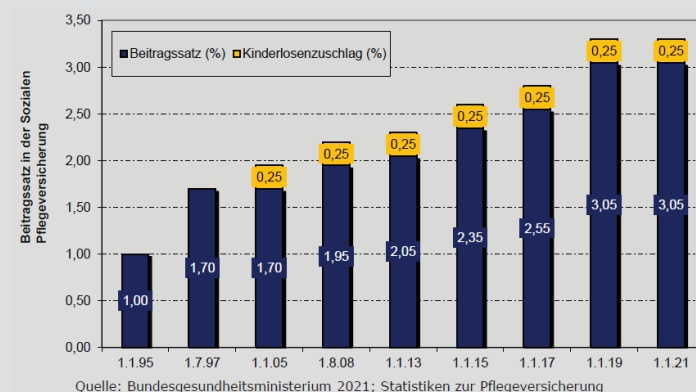


柯妮莉亚·海因策博士

老年护理

德国的老年护理方式与其局限性——

德国老年长期护理制度（LTC）十个问题的批判性分析



人口结构变化与社会保障改革

2021年11月29-30日线上会议

艾伯特基金会上海代表处/上海行政学院

目录

II) 老年长期护理的挑战和德国制度简介

- (1) 老龄化社会面临哪些挑战？
- (2) 德国长期护理制度的基本理念是什么？
- (3) 护理保险：主要目标？核心承诺？
- (4) 核心承诺能否兑现？
- (5) 德国真的负担不起全面保障的护理保险吗：融资悖论

II) 从客户和员工的角度来看

- (6) 需要护理的人群及其家人的满意度如何？
- (7) 75岁及以上老年人的健康状况如何？国别比较
- (8) 护理人员如何评估自身状况以及人手不足的后果是什么？
- (9) 为什么德国老年护理行业的劳资集体谈判覆盖率如此之低？

(10) 老年护理的主要问题是什么？ - 需要采取什么措施？

人口结构变化（+气候危机）给老年护理带来哪些挑战

75岁以上人口从**510万**（1995年）上升到**960万**（2020年）=+86.7%； 80岁以上的居民人数：330万（1995年）上升至570万（2020年）=+73%。 11.5%的人口年龄在75岁以上。

老龄化导致对跨部门的综合养老服务和老年护理需求大幅增加

- 1) 同时患有**多种慢性病**的人越来越多
- 2) 越来越多的人患有**痴呆症**
- 3) **越来越多75岁以上的独居老人**（十分之七为女性，联邦统计局 2017数据）
- 4) 由于女性就业人数增加，非正式护理资源的可用性正在下降：：2018年20岁至64岁女性中就业人数占比为78.1%（1995年：64%）。
- 5) **气候危机**（热浪、极端天气、新病原体等）以一种特殊的方式威胁着老年人。

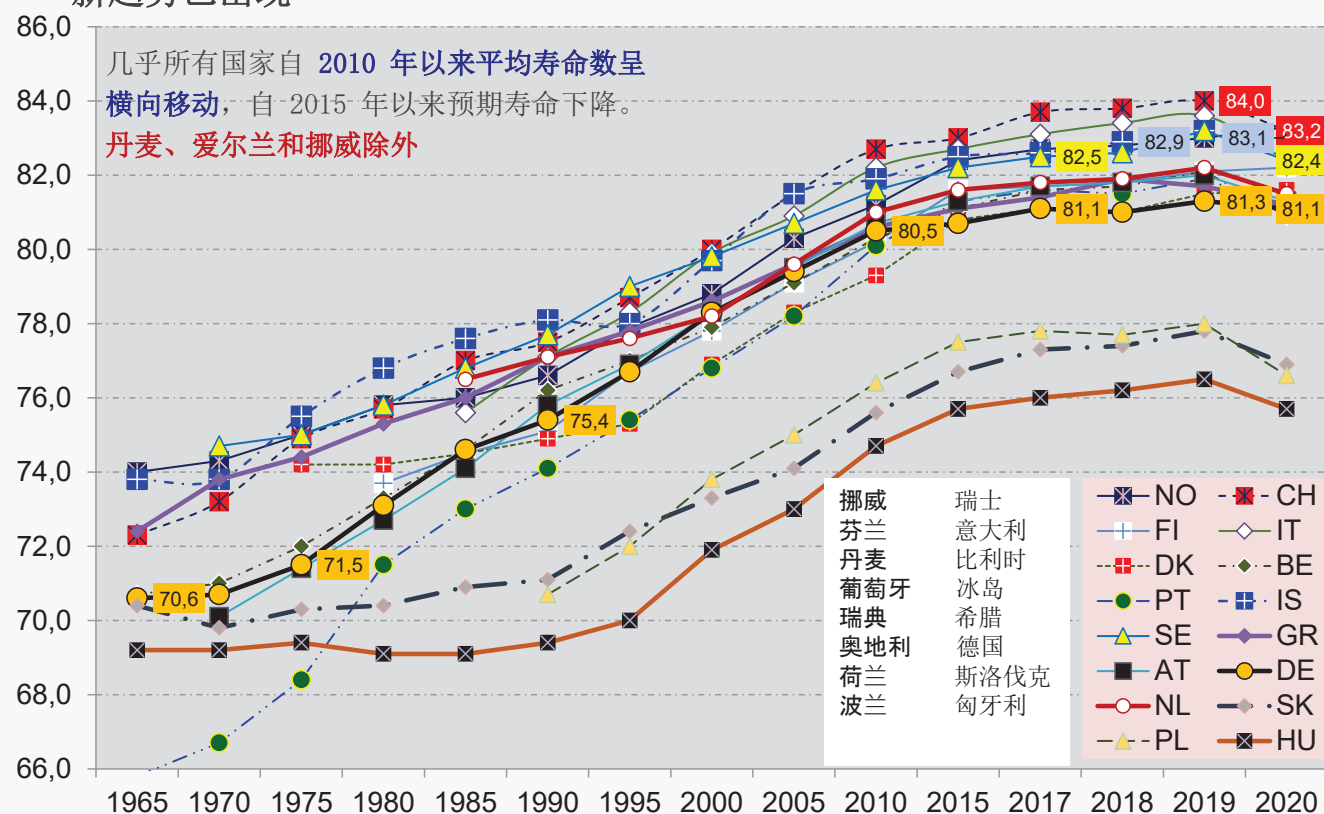
这导致老年人护理和照顾的需求增加

- ➡ 患者**出院后**需要**后期护理保障**
- ➡ 80岁以上老人急需关怀帮助：**居家**照管、护理和积极复健越来越重要
- ➡ 痴呆症患者需要**结构化的日常服务**（不是标准解决方案，而是量体裁衣）和**稳定环境中安排固定的护理人员**

照管+积极复健和激活应是以人为本的和跨部门的，并且需要**加强个人医疗卫生资源**

1.1a

目前老龄化正在加剧，但是：预期寿命再次下降；新趋势已出现



原始资料：欧盟统计局，根据年龄和性别划分的预期寿命，2021年4月28日更新

德国老年护理的基本理念是什么？

国家监护下 基于家庭的保险模式

- (1) **基本理念**：家庭被视为实施护理和照管任务的理想机构（“家庭成员是国家的主要护理服务人员”）。国家只起辅助作用；以个人出资及提供服务为主
- (2) **护理保险**（新的社会法典第十一卷，制定于1994年）遵循了这一基本理念。与医疗保险（社会法典第五卷）不同，长期护理保险被设计为**部分福利制度**，但与医疗保险一样，保费分为统筹缴纳部分和个人缴纳部分
- (3) 为了限制公共支出，**对此项福利的合法要求**，需经过**严格复杂的程序才能得到批准**。当非常需要护理时，支持系统将发挥作用，提供钱或护理二选一。最初有3个护理级别，现在是**5个护理程度**。
- (4) 国家仅对结果（产出）承担有限责任。政策确定法律框架并确定缴费率；**执行依靠自治**。**护理保险制度的诞生遵循门诊和住院服务的市场竞争逻辑**。护理保险的设立是创建市场的一种手段。

注意： 斯堪的纳维亚采用的是市政模式的替代方案，具有普世指导理念。这种方案限制了市场逻辑，公共统筹全部资金。如果个人有需要，国家（地方）政府负责筹资并提供各种社会服务。市政当局对结果负责。家人提供的非正式照顾作为补充。

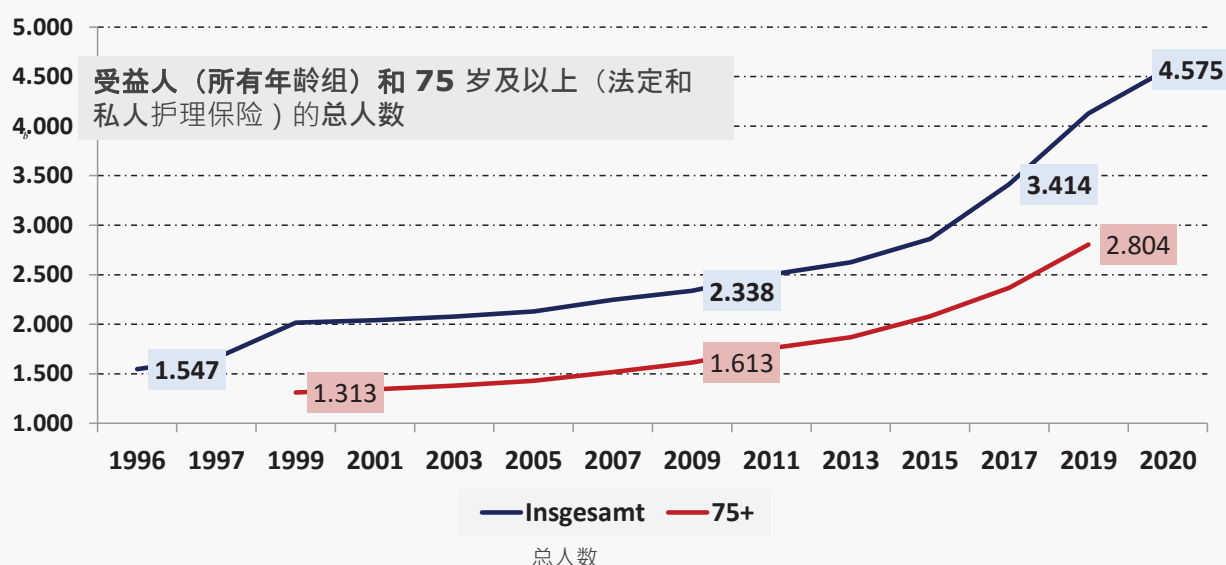
5

FES 30.11.2021: www.dr-heintze-beratung.de

1.2a

保险受益人的数量在 25 年内几乎增加了两倍；
高龄老人的集中度越来越高

预测结果通常低估形势。2015 年联邦办公室预计，2030 年有 350 万受益人，2045 年有 436 万受益人。



资料来源：(1) 联邦医疗卫生报告 (www.gbe-bund.de ; 11/22/21) ; (2) 联邦卫生部

6

FES 30.11.2021: www.dr-heintze-beratung.de

护理保险主要用来解决哪些问题；核心承诺是什么？

- (1) 护理保险作为一种**解决方案**，旨在应对日益增长的护理福利需求。保险福利应取代市政社会福利。
- (2) 对于需要长期住院护理的情况，**护理相关的成本**通常可获得保险赔付
- (3) **核心承诺内容**如下：“这些帮助旨在恢复或保持护理需求者的身心和精神力量”（《护理保险法案》，德国社会法典，第十一卷，第二条）。
- (4) 所有联邦州都制定了基本相同的**质量目标**。据此，**护理服务**必须根据公认的专业技术水准来保证**护理质量**，特别应确保员工必须本人专业合格并且提供**以人为本的护理**，以保持和促进被护理人的健康和独立生活能力。

（参见北莱茵-威斯特法伦州关于发展和加强人口结构稳定、以参与为导向的基础设施以及进一步发展和保障老年人、残疾人及其亲属的住房和护理质量的法律 - GEPA 2014 年 10 月 2 日；住房和参与法案 - WTG 2014 年 10 月 2 日；老年护理法 - APG NRW v. 2.1014；参见巴伐利亚护理和居住质量法案 - PflWoqG - 版本：2008年8月1日，2013年5月22日的修订版）

7

FES 30.11.2021: www.dr-heintze-beratung.de

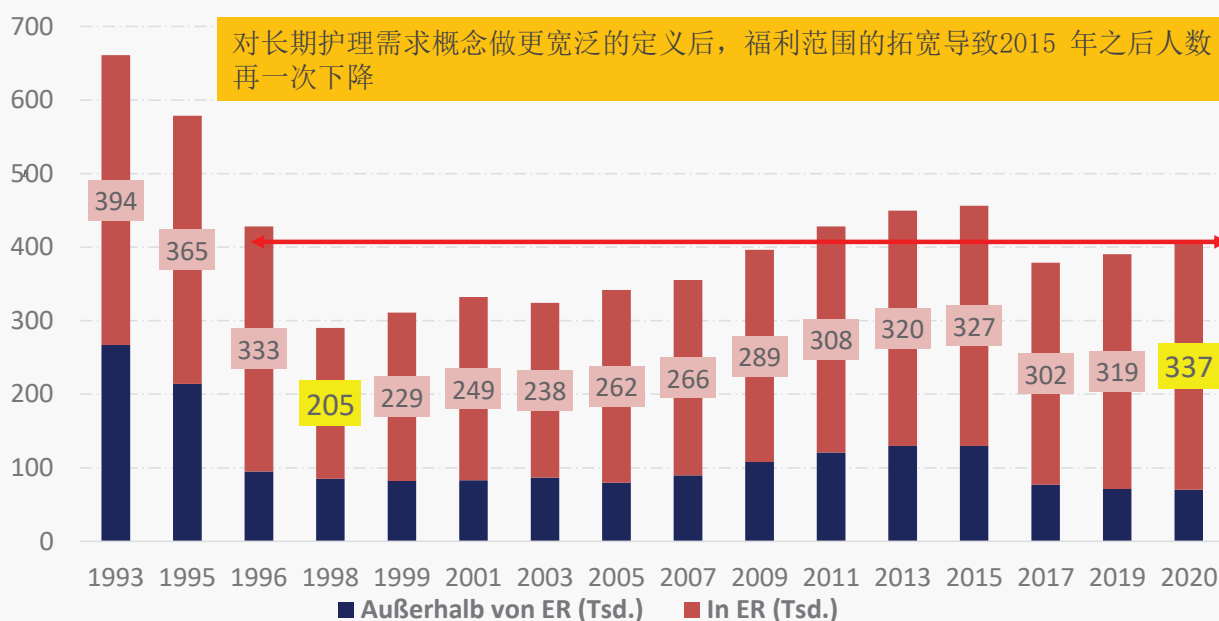
1.4a

核心承诺兑现了吗？

Dr. Heintze

第一个发现：“护理救助”的实际受益人数最初**大幅下降**，随后又回升，相对于的确有护理需求者的人数停滞不前。

市政社会救助“护理救助”的受益人：1993年至2020年



资料来源：德国联邦统计局，1995 年起的连续统计年鉴和社会救助统计

8

FES 30.11.2021: www.dr-heintze-beratung.de

第二个发现：护理相关的护理院成本**自付金额**从 277 欧元（1999 年）上升到 693 欧元（2020 年）。与承诺相反，护理保险没有涵盖这部分金额。护理院成本的个人增加部分平均从 1691 欧元（2017 年）上升到 2035 欧元（2020 年），这让越来越多的需要护理的人群不堪重负。人员配备最好的地方，个人须支付的增加费用最高。根据 2019/20 年度在 Rothgang 教授指导下进行的人员配备评估，**仅在 11.2 万名全职员工**，以满足基本人员配备需求。在现行的财政体制下，这些员工的人员费用只能由护理需求人员及其亲属支付，这将进一步增加他们支出。由于对护理保险赔付额设置了上限，造成**护理需求者与护理院及门诊护理员工相互牵制**。

第三个发现：**以人为本的护理承诺**以预防优先，这与德国长期护理系统的**基本逻辑相矛盾**。**以人为本的意思是“个性化的护理计划”**，如斯堪的纳维亚或荷兰都没有设置护理级别。在完全市场化的德国体系中，**单项服务的标准化主要旨在建立市场能力**。所宣传的“预防优先”在实践中落空了。保险的逻辑是奖励保险事件的发生，而不是避免它。

德国真的负担不起风险全面保障的护理保险吗？

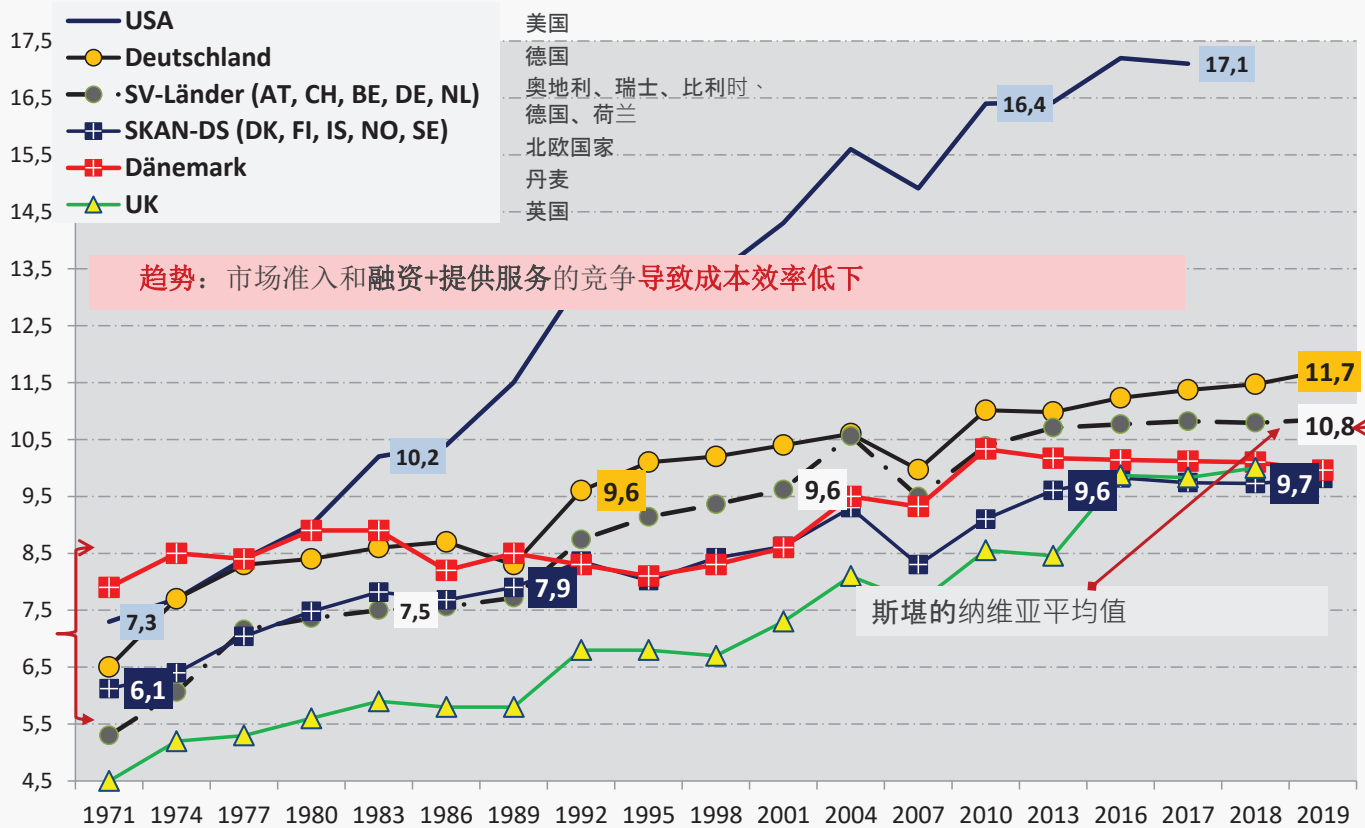
所谓的造成财务不可行的原因实则为一个**悖论**

- 1) 大多数政客看来认为不能设置一个全面保障的长期护理保险，因为它太贵了。**如果将某些行为列为禁忌，财务不可行性的说法**还说得过去。出于意识形态的原因，为了平衡负担而须用私人护理保险来共同融资的事情不会发生。必须提高保险金缴纳计费基础的上限。目前（2021 + 2022），年收入为 50 万欧元的高收入者只需按照 58050 欧元（=保险金计费基础的上限）来缴纳保险金。德国的社会保障体系并没有把特别沉重的负担放在强者的肩上，相反，它是自下而上的再分配。养老保险制度同样如此，因为低收入者平均比高收入者领取养老金少 8（女性）到 11（男性）年。在德国，**只有所得税具有累进效应；社会保障制度是类退的**。可以改变政策，将护理保险建立在更广泛的财务基础上。到目前为止，这方面还没有获得政治上的多数支持。
- 2) **老年护理和长期护理是整个医疗供给体系的一部分**。为了剖析德国存在什么问题，**我们必须从更高层面来分析**。德国拥有国际上第三昂贵的医疗系统，仅次于美国和瑞士。即便如此，护理系统仍长期供资不足。与德国相较，北欧、荷兰、比利时等国家的国家医疗卫生支出和/或护理保险资金支出更少，但长期护理支出却是德国的两倍到三倍。在上述几个国家，长期护理是一项公共任务，私人额外的支付额很低。

德国拥有最昂贵的卫生系统之一

公共+私人医疗卫生支出（持续统计，GDP中的占比）变化
根据系统类型划分（长期护理保险是其中一部分）

Dr. Heintze



资料来源：1) 2021 年之前的经合组织健康数据； 2) 欧盟统计局：卫生支出 - 根据融资系统 [hlth_sha11_hchf] 选择的卫生医疗功能； 2021年10月13日更新； 自行评价

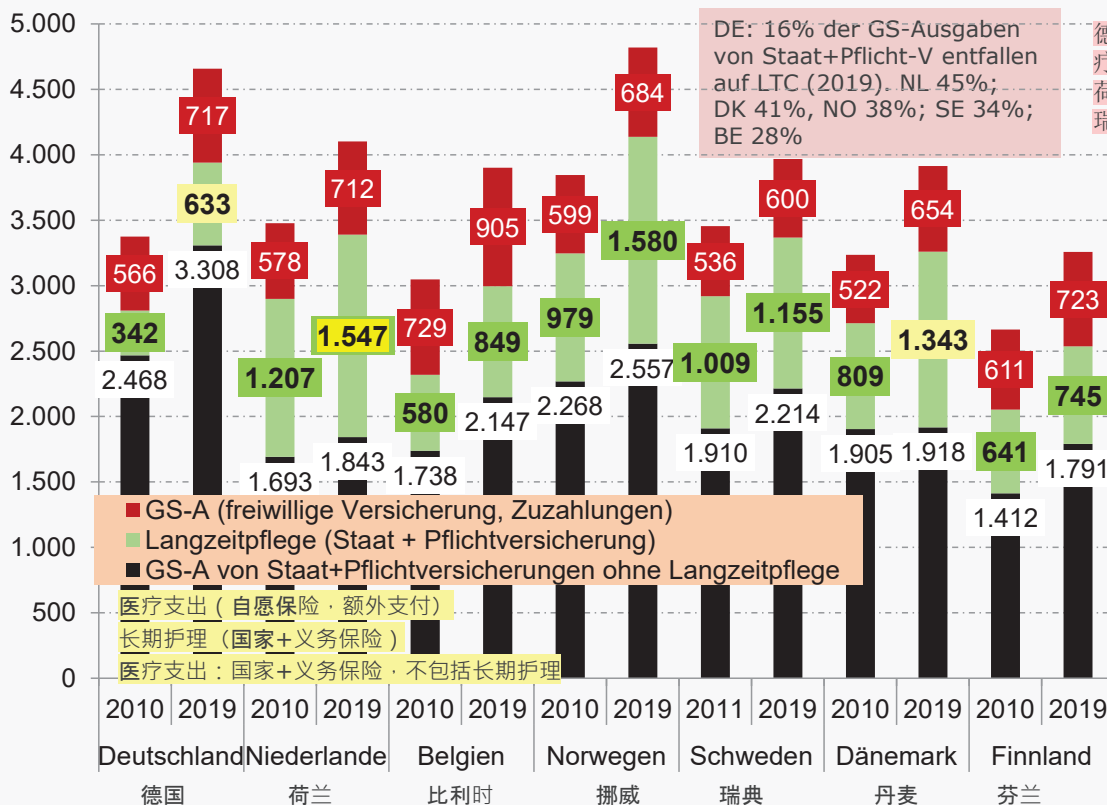
FES 30.11.2021: www.dr-heintze-beratung.de

11

长期护理资金严重不足

Dr. Heintze

以每名居民购买力单位计的当前卫生医疗支出



资料来源：1) 2021 年之前的经合组织健康数据； 2) 欧盟统计局：医疗卫生支出 - 根据融资系统 [hlth_sha11_hchf] 选择的医疗卫生功能； 2021年10月13日更新； 自行评价

FES 30.11.2021: www.dr-heintze-beratung.de

12



从客户和员工的角度来看

- (6) 需要护理的人群及其家人的满意度如何？
- (7) 75 岁及以上老年人的健康状况如何？ 国别比较
- (8) 护理人员如何评估自身状况以及人手不足的后果是什么？
- (9) 为什么德国老年护理行业的劳资集体谈判覆盖率如此之低？

FES 30.11.2021: www.dr-heintze-beratung.de

6.

需要护理的人群及其家人的满意度如何？

Dr. Heintze

需要护理/照顾的人群和日常支持：

保险赔付需要完成繁琐的申请程序，**这令许多人不知所措**。

相比之下，丹麦市政当局必须每年至少为老年人提供两次预防性家访。家访后制定个性化的护理需求方案，护理需求者依法有权要求实施并满足其个性化的护理需求方案。

护理咨询权这则条款（德国社会法典，第十一卷，第 7a 条）旨在帮助人们了解各类不同的福利和服务。任何获得护理级别认定并希望得到专业护理/照顾的人都必须在**缺乏透明度的市场上购买服务**。该体系未安排社区护士在自己的社区中组织服务。这方面与荷兰和奥地利不同。

门诊和住院护理机构中的被护理者往往面对着**频繁变化的护理人员**。这对于有认知障碍的病患来说是一个大问题。因为缺少人手，许多个人需求得不到重视。

亲属护理：亲属提供的非正式护理比例（=独享护理津贴）为51%（2019年底）

护理质量中心（ZQP）2018 年调查结果显示：

- 36% 的人经常感到沮丧
- 45% 的人表示他们曾面临过大喊大叫等心理暴力。
- 40% 的人表示他们自己曾使用过暴力（忽视、剥夺自由等）

巴默医疗保险2018年护理报告（非正式的主要护理人员）：

- 20.4% 的人认为护理工作过于繁重（第 147 页）
- 22.7% 的人认为与被护理人的友好关系受到负面影响
- 然而，大多数非正式护理人员能胜任护理工作

自2017年以来，护理保险金额（€）保持不变

护理等级	I	II	III	IV	V
门诊护理服务的最大实物支付（社会法典第十一卷，第35条）					
2017	125 [*]	689	1.298	1.612	1.955
2021	125	689	1.298	1.612	1.995
护理津贴					
2017		316	545	728	901
2021		316	545	728	901
全日制住院护理保险金额					
2017	125	770	1.262	1.775	2005
2021	125	770	1.262	1.775	2005

五年以来保险金额没有大的变化。实则是贬值，结果造成资金不足的情况恶化。护理人员（老年护理的提质仍是空话）和需要护理的人（自身支付比例提高，护理质量不足）为此付出了代价。

*救助金

资料来源：联邦卫生部，护理保险的事实和数据，直至2021年6月14日

15

FES 30.11.2021: www.dr-heintze-beratung.de

7.

75岁及以上的人如何评价他们的健康？

德国与其他八个国家的比较

低收入（五分一段）和高收入（五分五段）的75岁以上人口将自身健康状况评价为差到极差的比例

Dr. Heintze

		DS 2011 - 16	2019	2020
丹麦	1. 段	16,5	11,8	10,7
	5. 段	8,2	12,6	9,1
	差额	8,3	-0,8	1,6
瑞典	1. 段	9,3	16,6	13,5
	5. 段	4,4	5,2	8,9
	差额	4,9	11,4	4,6
荷兰	1. 段	15,1	10,4	10,1
	5. 段	7,9	11,1	1,7
	差额	7,2	-0,7	8,4
芬兰	1. 段	23,2	15,4	19,0
	5. 段	13,0	5,2	5,8
	差额	10,2	10,2	13,2
德国	1. 段	24,7	19,8	31,0
	5. 段	13,8	12,3	14,3
	差额	10,8	7,5	16,7
奥地利	1. 段	24,2	19,2	22,8
	5. 段	27,9	20,9	19,4
	差额	-3,7	-1,7	3,4
法国	1. 段	28,9	30,8	27,4
	5. 段	16,6	15,9	20,3
	差额	12,3	14,9	7,1
波兰	1. 段	61,4	50,4	43,0
	5. 段	39,3	33,2	31,0
	差额	22,2	17,2	12,0

阅读资料

在丹麦、瑞典和荷兰，很少一部分穷人和富人认为他们的健康状况为差到很差。在德国，这一比例更高，健康不平等程度相对最高

= < 15%; 差 < 8

= 15 - < 30%; 差 < 10

= > 30 - 45%; 差 < 12

= > 35%; 差 > 12

资料来源：欧盟统计局，按性别、年龄 + 收入五分段的自我感知健康状况 [hlth_silc_10]；2021年10月14日更新；自行评价

FES 30.11.2021: www.dr-heintze-beratung.de

16

护理人员如何评估他们的状况以及护理人手不足的后果是什么？

自己为社会做出了重要贡献

没有得到应得的报酬

工作中经常被催促，很慌忙

只能在质量方面做出妥协以应对工作量

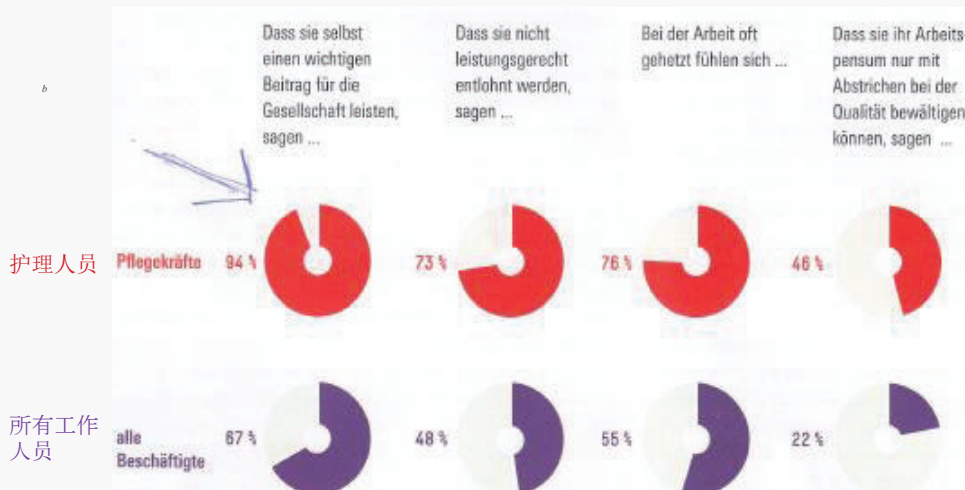
2019年护理环境指数所反映的护理危机

（护理日+德国护理委员会）

60% 的人认为工作条件差（2017 年：51%）。

37% 的人认为：工作日常条件恶化

资料来源：<https://www.pflegen-online.de/pflegekrise-arbeitgeber-reagieren-traege> (PM: 2020年1月14日)



资料来源：老年护理和病人护理的工作条件。员工自我情况评估。德国工会联合会（DGB）指数“良好工作”的特别评价 · 2018 年 9 月

FES 30.11.2021: www.dr-heintze-beratung.de

17

8.a

糟糕的人员比例配置

工作强度大，没有时间做优质护理

精神压力增加 > 持续压力

差异化的个人应对策略 > 转行 > 改为兼职工作 > 变成临时工

员工流失率高增加了现有护理人员的压力

人手不足的负面螺旋影响

- 持续压力 > 潜在消耗健康资源（保护因素）
- 新冠疫情大流行之前，护理工作压力就已经达到极限，现在已经超出极限
- 同时，由于小时收入低和兼职工作导致养老金积分低于基本保障，存在老年贫困风险

- 就工作条件而言，该职业缺乏吸引力
- 很多人提前离职，很少返岗 > 额外的岗位只存在于纸面上
- 按照护理人员需求标准来计算，仅护理院就缺少11.2万名全职员工
- 培训生在实习中经历了现实的冲击，导致提前中断培训

劳资集体谈判覆盖率（地区覆盖的劳资协议）

德国服务行业工会（Verdi）在 2020 年秋季为公共服务行业达成一项值得称道的**集体协议**（报酬平均增长 8.7%，有效期至2022年12月31日）。**问题：**由于高度私有化，**该劳资协议仅涵盖了大约 5% 的老年护理人员**。

	疗养院	注释
德国	10%	大多数私营的盈利企业不受集体劳资谈判协议的约束；教会组织主张特殊权利；公共组织被边缘化
奥地利	95%	商会中的所有雇主（包括教会雇主）必须与雇员委员会中的工会代表签订集体劳资协议
丹麦	100%	公共服务机构： 100% （覆盖范围： ET 的 89% ）；一些小型私营服务提供商不受劳资谈判协议的约束
芬兰	80 – 90%	公共服务机构（地方当局）： 100% ；私营服务提供商仅部分受集体协议的约束。工会的战斗性很强。
瑞典	80 – 90%	公共服务机构： 100% ；私营服务提供商仅部分受劳资协议的约束
挪威	100%	迄今为止，私营服务提供商在奥斯陆以外只发挥了次要作用。雇主若逃避劳资谈判协议义务，雇员罢工意愿非常高。
冰岛	100%	工会组织比率超过 90%

资料来源：1) 对于德国、英国、比利时、奥地利、丹麦、芬兰和瑞典：欧洲改善生活和工作条件基金会（2020）：长期护理劳动大军。就业和工作条件，卢森堡，第 52 页。 2) 冰岛、挪威：国家统计

19

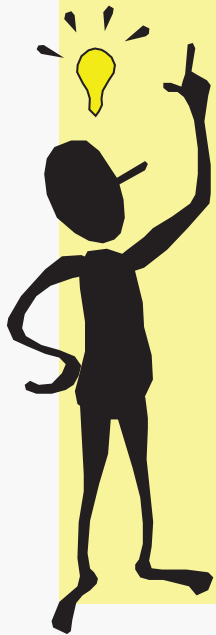
FES 30.11.2021: www.dr-heintze-beratung.de

德国老年护理的主要问题是什么？需要采取什么措施？

- **作为黑匣子的家庭护理：**获得认定的护理需求者无权要求制定和实施个性化的护理计划。负责护理的亲属负担过重。护理不周引起的后果由医疗保险公司承担。
- **灰色护理市场**掩盖了亲属护理带来的问题
- 经过20年的讨论，**护理院终于建立了护理人员需求计算系统**，但未能得到实施。不仅人手不足，融资问题也悬而未决。
- **保险金额和报酬没有持续更新和调整。**事实上，这就好比一种服务简化，会推高私人支付部分和/或进一步降低质量。
- **没有旨在促进增加人员配备和提高薪酬的公共再融资：**每一项改进（更多员工、支付劳动合同工资等）都会导致护理需求者的个人缴费增加。**护理需求者与护理人员互相针对和牵制。**
- **这里所提出的融资悖论指出了整个医疗卫生供给的系统缺陷。**然而，政策从根本上阻碍了发展方向的调整。
- 尽管资金不足，但**为了投资者的利益回报**，资金正在被抽离系统。这也是以牺牲质量和工作条件为代价的。
- **老年护理行业几乎无工会组织架构。**从业者并没有寻求集体谋求改进，而是自行选择改为兼职、合同工或转行。

20

FES 30.11.2021: www.dr-heintze-beratung.de



希望我的观点
能启发大家更密切地关注
老年护理的基本发展方向和问题
(例如德国长期护理系统的局限)

感谢聆听