

Distinguished Keynote Paper: **Quality Management on Residential Care in Maritime Silk Road countries**

Prof. Songbai Liu

Dean, International Business Faculty, Beijing Normal University, Zhuhai
liusb@bnu.edu.cn

Dr. Lin Chen

Lecturer, International Business Faculty, Beijing Normal University, Zhuhai.
chenlin@bnuz.edu.cn

ABSTRACT

As from UN, all Maritime Silk Road countries is getting old, inducing more dependent frail old adults with more intensive long term care (LTC) need.

The purpose of the study was to explore the quality management and quality assurance mechanisms in residential care in two oldest member countries in different economic conditions, Italy and China. Italy is an economically developed country, in which one in five person is aged 65 or above, while China is a developing nation with the largest number of old population in the world.

This paper firstly reviewed aging trajectory in an economic context, and financing of LTC, especially institutional care in two countries. Secondly, a comparative perspective was recruited to discuss quality assurance in Italy and China on system, organization, professionals and users. This approach focused on aspects of 1) legislation, 2) inspection, 3) certification and accreditation, 4) national standards and guidelines on system level. On organizational level, it included 1) quality management systems and audits, 2) performance indicators. Comparison on professional profiles, improvement structures, and professional accreditation and registration were further made on professional level (staff level), as well as admission evaluation and service agreement on user level. Finally, policy value and tools preference in LTC service governance were also discussed.

全球正在进入老龄化，老年人口占总人口的比例正逐渐增加。在中国、马来西亚、印度、肯尼亚、希腊和意大利等六个海上丝绸之路国家中，意大利和中国是“最老”的两个国家。意大利的老人人口比例最高，中国的老年人口规模最大。本文在回顾各国老龄化进程和经济发展水平的基础上，简要介绍了中国和意大利的养老服务体系特别是机构照料，并从制度、机构、员工和服务对象层面对两国的机构养老质量管理体系进行比较。

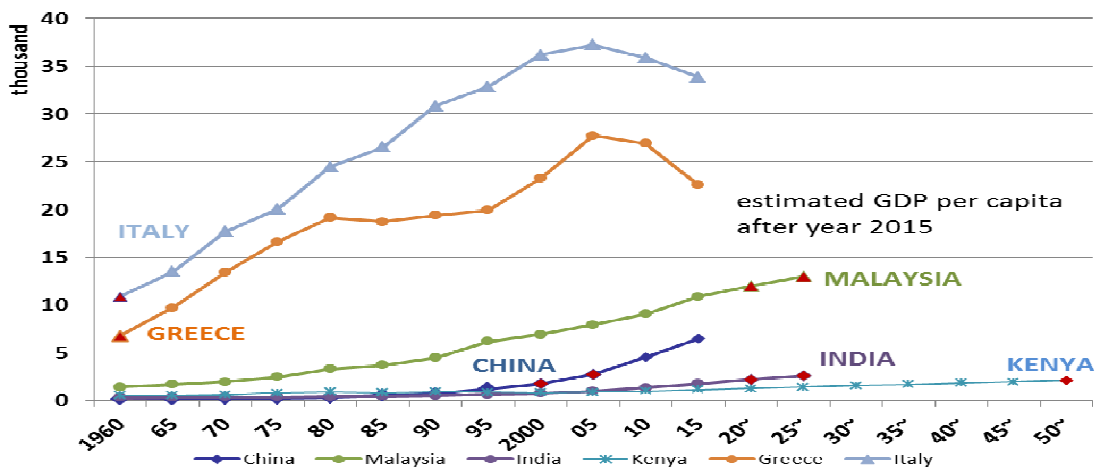
Keywords: Quality Management, Residential Care

1. 引言

根据官方定义，当一个国家60岁以上人口达到10%，或65岁以上人口达到7%时，被认为成为老龄化社会；65岁以上人口达到7%时，则进入老龄社会。根据联合国统计和预测数据，截至2015年，中国、马来西亚、印度、肯尼亚、希腊和意大利等六个海上丝绸之路国家中，意大利和希腊于1960年代进入老龄化社会，目前老年人口比例达到或超过20%，属于老龄社会；中国于2005-2010年间成为老龄化社会；预计印度和马来西亚将在2020-2025年之间，肯尼亚约在2050年后进入老龄化社会。

下图呈现了上述各国每5年的在65岁以上人口达到7%时的人均GDP水平（2010年定值美元），其中意大利、希腊和中国为统计数，印度、马来西亚和肯尼亚为预测数。预测数以2015年人均GDP为基数，以2015和2010年之间的GDP变化情况为增长率，推算65岁以上人口达到7%，也就是进入老龄化社会时，两国的人均GDP水平。历史上，大部分OECD国家进入老龄化社会时，人均GDP在5000-10000美元之间。意大利、希腊，和马来西亚（预计）均达到或超过该水平。中国进入老龄化

社会时，人均GDP低于3500美元。根据预测，印度、肯尼亚和中国在进入老龄化社会之时的经济发展水平相当，均属于“未富先老”。



2. 机构

2.1 养老服务体系和机构照料

家庭照料在意大利和中国都有悠久的文化和历史传统，到目前为止仍是最重要和最广泛的老年照料资源。意大利的社会养老服务体系主要包括社区服务，机构服务和陪伴津贴，但由于地方自治的政治特色，呈现出碎片化的特点：以地区为主导，南北差异显著。北部地区由于女性参与劳动力市场的程度更高，家庭照料资源减少，社会养老服务与南方相比较为发达。(Tediosi, Gabriele, & Longo, 2009)，陪伴津贴 (Companion Allowance, CA) 是意大利长期照料体系的第一支柱，约占养老公共开支的45%。该津贴由全国社会保障局INPS提供，资金来源为一般税收。陪伴津贴的支付水平约为400-800欧/月，发放金额依据失能程度，与经济状况无关。2008年，全国年满65岁的老年人口中，有113万人 (9.5%) 领取了津贴，2010年进一步提高到12.5%。津贴的覆盖程度随年龄增加而提高，65-69岁、70-79岁和年满80岁的老年群体中分别有2.1%、5.3%和23.8%得到了补贴 (2008年) (TEDIOSI & GABRIELE, 2010)。

中国的养老服务体系由居家、社区和机构三种形式组成。机构照料起源于1950年代末，为解决当时优抚对象、五保和三无对象等特定社会救济群体的供养问题，政府举办城市社会福利院和农村敬老院，免费提供住宿和照料等服务，相关开支完全由政府财政和村集体经济承担。有文献记载，1958年底，全国共办起15万多所敬老院，收养五保对象300余万人。在很长一段时期内，养老机构一直仅为给传统救济对象提供服务。90年代，社会服务领域开始进行社会化改革，养老机构的逐渐招收自费老年人。服务主体也呈现社会化，民办养老机构开始兴起，除政府以外的社会主体投资兴办并经营管理的养老机构逐渐增多，这些投资主体包括社区、街道、企业、个人等。养老机构从单纯的供养救济单位，转变为社会服务提供者之一。

2.2 养老机构服务能力

2014年，意大利养老机构共有29万张床位，平均每1000名65岁以上的老人拥有22.4张床位。从床位类型上看，能够向自理、半自理、完全不能自理老人提供服务的床位数分别占总数的29%、35%和36%。中国同年约有4.4万家养老机构，机构和社区养老床位数合计超过570万张，平均每1000名60岁以上的老人拥有27.2张床位。根据所有制属性，意大利公立、非营利和营利性性质的床位数分别占35%、43%和22%，中国三种性质的床位数分别占51%、48%和1%。

2013年，意大利共有27.9万年满65岁老人接受机构照料，占老年人口的2.2%。85岁以上的机构老人超过50%，76%的机构老人存在不同程度的失能。2014年，养老机构收住318.4万人，其中不能自理的比例约占29%。

2.3 公共资金对机构的支持

2004年，意大利平均每张床位的月收费水平为€ 2,260欧元，其中医疗保险支付43.5% (€983)，个人支付47.1% (€1,065)，地方政府支付9.4% (€212)。机构老人中，有超过一半完全自费，35.5%同政府共同支付，仅8%由于经济状况太差而不用交费(TEDIOSI & GABRIELE, 2010)

在中国，传统社会救济对象的机构费用由财政负担，其余人员基本由个人全额支付。机构可依据入住人数，向政府申请运营床位补贴，补贴标准在100-500元/床月不等。此外，养老机构进行床位新建和改造时，也能够按相应床位数申请一次性的床位建设费，标准通常为5,000-40,000元/床位不等。养老机构内设的医疗机构符合相关定点医疗机构条件的，可按规定申请成为医疗保险定点机构，由医疗保险基金依据统一标准支付机构老人的医疗卫生项目和服务费用。一些城市（如上海）正尝试开展护理险试点，将机构护理费用纳入医保的支付范围。各地政府也出台了一系列用地、水电和税收优惠政策，支持养老机构发展。地方财政和福利彩票公益金是政府注资养老体系的重要来源。根据《社会养老服务体系规划建设规划（2011-2015年）》，民政部及地方民政部门所掌握的本级彩票公益金将至少有50%投入养老产业。全国大部分省也建立了老年人补贴制度，遵循低水平，广覆盖的思路，提供高龄津贴、养老服务补贴和护理补贴等各项补贴项目，单项补贴水平一般为50-200元/人月不等，相当于企业人均月退休工资水平的4%-10%。养老服务补贴的覆盖面最广，2016年共有20个省的1500万名老人获得补助，占全国老年人口的6.8%。

3. 养老机构的质量管理

3.1 制度层面的质量管理

3.1.1 法律体系

有关养老机构服务质量的法律体系由法律、行政法规、地方性法规、部门规章、地方政府规章等共同组成，旨在提高长期照料体系的卫生服务和社会服务水平。

联邦体制或以地方性社会福利体系为主的国家，如意大利，大都颁布地方性法规和地方政府规章，在各自的权限范围内生效和实施。强中央弱地方的国家，如中国，多通过国家层面的法律和规章，规范长期照料体系的卫生和社会服务质量。

1988年的《财政法》是意大利第一个有关老年群体的国会法案，该法案计划为残疾群体设立14万张床位，第二年又发布了设立护理机构和居住型照料机构的相关规定。1999年，229号法规规定了全国医疗卫生的服务标准。2000年的328号法律明确了长期照料体系的主要目标，提出整合救助和社会服务体系，同时全国范围内推行社会服务最低标准。2001年，以2000年328号法律为依据，意大利的《住宿型和类住宿型养老机构的设立许可办法》以部门规章的形式正式颁布(Ackage & Luiss, 2012)。

2013年，中国首次在国家法律层面明确了政府的养老责任。《老年人权益保障法》提出，要“建立和完善社会养老服务体系；国家逐步开展长期护理保障工作，保障老年人的护理需求；对生活长期不能自理、经济困难的老年人，地方各级人民政府应当根据其失能程度等情况给予护理补贴”。2013年，民政部先后颁布了《养老机构设立许可办法》和《养老机构管理办法》，明确了养老机构设立的条件和程序、许可管理的内容和管理主体，以及服务内容、内部管理和监督检查主体，规范了养老机构的设立和日常管理制度。

3.1.2 检查

强制检查是中国确保养老机构服务质量达标最常用的方法之一，通常包括专项检查，综合检查和年度检查。如2009年起，民政部门每年都要开展对养老机构“两规范一标准”¹执行情况的检查。2017年，民政、老龄部门联合公安、卫计委、质检、标准委等部门即将开展养老院服务质量大检查²。消防检查是最常见的专项检查。本文作者未有检索到有关意大利养老机构接受行政管理主体检查的英文资料。

3.1.3 准入资质和认证

准入资质和认证是保证机构服务质量的主要制度。获得意大利医疗卫生服务的资质要经历如下4个步骤：机构设立、服务许可、机构评定和签订服务协议。2000年328号法律提出了住宿和半住宿机构的准入许可管理，对护理型养老机构的设立条件，包括床位数、工作单元的空间构成和服务能力、每间床位数、人均面积、室温、社会空间和支持性服务区域、门诊应配备的设备药品、相应设施设备、服务内容、人力资源和机构包容性等作出明确规定。地方可以在此基础上对床位总数、轮候天数专业人员日常在岗情况提出补充要求。

依据相关管理办法，举办养老机构应办理设立许可证；提供餐饮服务的，应取得《食品经营许可证》；如有内设医疗机构，应取得医疗机构执业许可证；符合医疗保险定点机构准入条件的，经自愿申请，可纳入医保定点范围。

3.1.4 国家层面的标准和指导

意大利中央政府确定全国统一的医疗卫生和社会服务内容；地方政府负责向公民提供中央规定的基本服务内容，也可以自主增加服务内容。

2010年以来，中国发布了一系列规划和意见，推动养老服务体系的发展完善，如2011年的《社会养老服务体系发展规划（2011-2015年）》和《中国老龄事业发展“十二五”规划》，以及2013年的《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》。《中国老龄事业发展“十二五”规划》表明，政府重点投资兴建和鼓励社会资本兴办具有长期医疗护理、康复促进、临终关怀等功能的养老机构，并根据《护理院基本标准》加强规范管理。

2017年初，《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划》提出建立“居家为基础、社区为依托、机构为补充、医养相结合的养老服务体系”；计划到2020年，每千名老人拥有35-40张机构养老床位，政府运营的养老床位数不超过50%，且护理型床位不低于30%。随后，民政部联合公安部、国家卫生计生委、质检总局、国家标准委、全国老龄办等六部委发起了为期4年的养老院服务质量建设专项行动（2017-2020），提出要建立相应的认证体系，大力推动养老服务标准化，促进养老服务示范活动深入开展。建立养老机构等级评定制度，加快建立全国统一的服务质量标准和评价体系。推动形成养老院分类等级服务标准及监管机制，探索开展养老院服务质量认证工作。

3.2 机构层面的质量管理

3.2.1 质量管理体系和认证

意大利养老机构内部的质量管理主要依靠所在地区的行政监管规定和机构自愿认证，如ISO 9000, E-Qalin等。公立养老机构必须获得认证才能够提供服务，私人机构不强制认证，但只有通过认证的机构，才有可能得到地方财政的直接支持。同社会服务认证相比，政府更关注对养老机构医疗卫生服务的认证。E-Qalin是由奥地利，德国，意大利，卢森堡和斯洛文尼亚等共同开发的老年服务机构质量管理体系，截至2009年，已应用在参与国家的100家多家的养老机构中。(Rodrigues & Braun, 2010)E-Qalin包括66项组织和过程指标，25项结果指标，以PDCA循环 (Plan(计划)、Do(执行)、Check(检查)和Action(纠正))为基础，强调所有利益相关者的全程参与，增强员工责任感，提升不同类型的专业人员之间和不同层级间的合作能力。(Rodrigues & Braun, 2010)

¹两规范一标准指《老年人建筑设计规范》、《老年人社会福利机构基本规范》和《养老护理员国家职业标准》

² <http://www.chinaqcsn.com/article.php?id=381>

中国开展了星级养老机构评定,具体标准由地方政府制定,但评价体系基本遵循了组织-过程-结果框架(SPO framework),相应设立了三方面指标,如《北京市养老服务机构服务质量星级划分与评定》。ISO 9001认证在养老行业也有一定的吸引力,到2006年,上海已经有数十家养老机构通过该认证。

3.2.2 评估指标

意大利中央和地方法律规定通过组织服务,如服务过程和服务成本情况;机构特征,如床位数,全科医生数;如何递送医疗卫生服务,以及服务资源的使用情况等方面评估养老机构服务质量。

中国2017年的养老院服务质量大检查,评估内容包括运营管理、生活服务、健康服务、社会工作服务、安全管理等五方面5个维度共115项指标³。2009年的检查评估则包含设施设备和环境(30个)、服务(31个)、管理(16个)和人员(10个)四个维度共87项指标。

3.3 员工层面的质量管理

3.3.1 新类型的工作岗位

为回应日益增长的养老服务需求,机构正分化出新的工作岗位,向入住老人提供无缝式连续性的优质照料服务。意大利的养老机构开始招聘质量管理专员;客户经理则负责搭建养老机构和服务对象的桥梁,并帮助全科医生和机构老人对接当地的照料资源。越来越多的中国养老机构开始组建多学科背景的专业服务团队,包括医生、护士、养老护理员、社工师、营养师、心理咨询师和康复治疗师等。

3.3.2 专业技能提升

意大利规定医疗卫生和社会服务专业人员必须不断更新知识体系,社区全科医生、专科医生、护士和护理员必须定期接受培训。市场通过提供较高薪酬鼓励接受高学历教育,也在技能提升方面发挥作用。中国没有对机构工作人员的专业技能提升做出硬性规定。

3.3.2 人员资质认证和执业许可

中国和意大利两国都规定,违反资质认证和执业许可等相关规定将被停止执业,吊销执业资格证书,甚至追究法律责任。中国在《养老机构设立办法》中规定,养老机构负责人应参加相关培训;养老护理员经过专业技能培训合格,或持有国家职业资格;开展服务的医生、护士等依法需要持证上岗的专业技术人员应持有与其岗位相适应的职业资格证书或执业证书。这些资质认证和执业许可通常主要由人力资源和社会保障部、卫计委和民政部负责。

3.4 服务对象层面的质量管理

服务对象层面的质量管理一般通过入院评估制度实现,并受服务协议约束。意大利使用标准化表格评估失能水平和照料需求。地方政府负责设定评估内容,并组织评估小组开展工作。中国提出了《老年人能力评估》行业标准,依据评估结果确定机构养老需求和照料护理等级。通过评估老人的日常行为能力、精神卫生情况、视听说能力和社会参与状况四方面内容,判断失能程度。老人入住必须签订服务协议,协议条款由各地区自行制定,一般包括服务内容、服务期限、专业人员类型、享受条件、服务时间、等候情况、收费标准、服务对象的权利和义务等。

4. 讨论

中国和意大利两国都有根深蒂固的家庭照料传统。意大利主要通过支付老年津贴,向市场购买机构养老服务体现政府责任;中国早期完全由政府向特定供养和养老对象提供机构养老服务,属于补缺型福利,此后开展了社会福利社会化改革,市场力量壮大,成为机构养老服务的提供者。

一个新的趋势是,中国正在逐渐明确公立养老机构的有限责任和定位,一方面承担政府责任,为传统供养对象直接提供服务,同时开展失能水平和养老需求评估,优先接受失能程度较重的老人和

³ <http://www.chinaqcsn.com/article.php?id=381>

高龄老人；另一方面，积极加大护理型床位建设和改造力度，从主要服务自理老人的residential homes向医养结合的nursing home转型。

意大利通过补人头，向需方提供老年津贴支持养老服务体系发展，中国倾向于补机构，向养老机构提供一次性床位建设补贴，和按入住人数的运营补贴，并出台一系列用地、水电和税收优惠政策，支持养老机构发展。与此同时，中国也开始尝试补人头，即根据失能评估结果，向老人提供不同水平的养老补贴。


意大利在为养老服务设定机构准入资质和全国最低标准的基础上，通过消费者“用脚投票”的方式，利用市场力量激励养老机构提高服务质量。中国政府对机构层面的养老服务质量管理，往往通过限定政府补贴的申请资格来实现。如养老机构的运营须符合国家 and 地方养老服务行业相关规范标准，护理型床位占比等指标。

老年评估工具(老年综合评估)是提高服务质量的重要工具。老年评估通常包括全面的医疗评估、躯体功能评估、认知和心理功能评估，以及社会/环境因素。通过对老人进行入院评估和阶段性评估，制定和调整个性化照料方案，促进了机构服务资源对个体的精准递送，提高了服务质量。另一方面，无论是申请入住公立养老机构，还是申请养老补贴，都要接受老年综合评估，一定程度上有利于合理、按需配置公立养老资源，提高公共财政的利益效率，增强养老服务体系的运行效果。

References

- Ackage, W. O. R. K. P., & Luiss, G. C. (2012). *QUALITY ASSURANCE POLICIES AND INDICATORS FOR LONG-TERM CARE IN THE EUROPEAN UNION COUNTRY REPORT: ITALY*.
- Rodrigues, R., & Braun, H. (2010). *Measuring Progress : indicators for care homes*.
- TEDIOSI, F., & GABRIELE, S. (2010). *Long-term Care in Italy*.
- Tediosi, F., Gabriele, S., & Longo, F. (2009). Governing decentralization in health care under tough budget constraint : What can we learn from the Italian experience ?, *90*, 303–312.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.10.012>

Authors' Backgrounds

	<p>Dr. Songbai Liu, professor, Dean of International Business Faculty, Beijing Normal University, Zhuhai</p> <p>刘松柏 博士，北京师范大学教授，奥地利维也纳经济管理大学博士。研究重点领域为管理学、国际管理、战略管理、管理咨询、产业政策、区域经济、变革管理等。主持过德国、美国、挪威、奥地利、香港、澳门，以及国内政府、企业和高校研究课题和教改项目50余项，国内外发表学术论文40余篇，出版专著、教材和译著近十部。</p>
	<p>Dr. Lin Chen is the Lecturer at the International Business Faculty, Beijing Normal University, Zhuhai</p>