

编者按：长期护理保险是我国刚刚试点的社保“第六险”，受到了广泛关注。2017年12月24日，中国保险学会与中国社会科学院世界社保研究中心联合主办的题为“保险服务民生与长期护理保险制度选择”研讨会，从长期护理保险制度设计、国际经验以及商业保险参与机制等多个角度进行了深入探讨。中国社科院社会发展战略研究院研究员及世界社保研究中心秘书长房连泉、中国社科院社会发展战略研究院副研究员及世界社保研究中心执行研究员张盈华、中国保险行业协会人身险二部博士王未的三篇论文正是从上述三个视角展开对我国长期护理保险制度的研究。

如何引入长期护理保险制度

——来自德国、日本、韩国的经验启示

房连泉

[摘要] 引入何种模式的长期照护保障制度是当前国内研究的一个热点问题。本文从国际比较的视角，分析德国、日本和韩国建立长期护理保险制度的背景条件、促成因素和运行成效，得出对中国推进制度建设的几点经验启示。

[关键词] 长期护理保险；德国；日本；韩国

[中图分类号] F842.6 **[文献标识码]** A

[作者简介] 房连泉，中国社科院社会发展战略研究院研究员、世界社保研究中心秘书长。

一、德国、日本和韩国建立护理保险制度的基本背景

德国、日本和韩国是三个引入长期护理保险制度的发达国家，三国分别于1995年、2000年和2008年实施长期护理保险制度，在时间顺序上存在着先后学习的关系，即日本学习德国的经验、韩国学习日本的经验。表1说明了三个国家引入长期护理保险制度时的基本经济发展和人口指标数据。从经济发展阶段上看，这三个国家都是到了人均GDP2.5万美元之后才开始建立长期护理保险制度；从人口老龄化情况看，德国和日本是发达国家中人口老龄化最为严重的两个国家，在1995年时人均预期寿命都达到了75岁以上，2000年时65岁以上老人占比都达到了16%以上，因此人口老龄化是这两个国家引入长期护理保险制度的基本背景。相对而言，韩国则属于发达国家中人口结构较为年轻的国家，到2008年时65岁以上老年人口占比仅为10.3%，与中国当前的水平（2014年为10.1%）相近。因此，韩国是在“先富未老”的情况下，采取长期护理保险制度应对老龄化危机的一个代表案例，对于包括中国在内的中等收入发展中国家有很强的借鉴意义。

表1 1995年、2000年和2008年德国、日本、韩国基本经济和人口指标

指标	1995年	2000年	2008年
德国人均GDP（PPP）（美元）	25102	29837	40559
日本人均GDP（PPP）（美元）	23642	26850	34952
韩国人均GDP（PPP）（美元）	12079	16452	27464
德国65岁以上人口占比（%）	15.5	16.4	20.2
日本65岁以上人口占比（%）	12.6	17.4	22.0
韩国65岁以上人口占比（%）	5.9	9.2	10.3
德国人均预期寿命（岁）	75.98	77.31	78.62
日本人均预期寿命（岁）	79.42	80.51	81.80
韩国人均预期寿命（岁）	72.85	74.95	77.17

资料来源：经济数据来自IMF数据库，<http://www.imf.org/external/>；人口数据来自UNDP，<https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Mortality/>。

进一步分析，三个国家引入长期护理保险制度时的主要背景和过程如下。

（一）德国

从20世纪70年代开始，德国就开始面临老龄化带来的老年护理需求上升压力，越来越多的失能老人进入养老护理机构，州和地方政府用于老年失能群体的救助支出不断增加。到1995年改革前，德国国内关于照护保障建立模式的讨论已近20年，改革的建议包括工会支持的税收融资的照护服务体系（学习北欧国家）、在医疗保险制度中加入照护成分、强制性或自愿性的私人保险，以及引入新的社会保险项目（雇员组织支持）等方案。到90年代时，建立新社会保险制度的建议逐步占到上风，其主要背景条件如下：第一，基层地市缺少大规模的护理服务设施，当时的社会环境下，政府并不愿意再增加一项新的税收项目，因此北欧模式被否定；第二，德国的近邻荷兰运用社会护理保险制度覆盖巨额护理支出的做法引起了德国的注意；第三，虽然将老年照护放入医疗保险制度之中也是可操作的，但当时国内医疗保险制度改革任务也很紧迫，将护理保险纳入可能使整个社保改革更加复杂化，因此德国也放弃了这种做法。

德国是社会保险制度的发源地，因此对制度财务可持续性的重要性认识深刻。因此在20世纪90年代护理保险制度引入初期，改革讨论的焦点主要是融资和财务控制问题。在制度建立之初，德国就强调制度融资只能来自于基金，缴费和支出的水平只有经过立法程序，才能作出修订，待遇资格核定要有严格的审核和监督过程。与融资问题相比较，在当时的环境下，德国国内对护理服务设施的发展讨论是相对较少的。由于起初的条件较为严苛，在1995之后的第一个10年内，德国的长期护理保险政策很少作出修改，直到2000年以后，随着国内改革建议的增多，才陆续作出一些参数式的调整，如提高费率、调整待遇水平等。

（二）日本

与德国沿袭传统社会保险模式的做法不同，日本长期护理保险制度的引入被国际上视作与传统儒家赡养文化的一种背离。日本在战后经历了近三十年的快速经济发展，社会福利制度开始向西方发达国家追赶，建成了全民覆盖的

保障体系。从20世纪70年代开始，为了应对老年人的医疗保障问题，政府为老年人提供的医疗服务开始扩张。尽管需要自付部分医疗费用，但老年患者通常将医院作为享受照护服务的场所，由于事先没有必要的审核程序，老年人住院成为一种“社会性许可”现象。在多数情况下，70岁以上老年人获得的医疗照护是“事实上”免费的。^①因此，“社会性住院”的老年人数开始急剧增加，1970—1990年，老年人的住院率由2%上升到4%；到1993年时，失能老人几近占了医院病床的一半以上。^②1989年时执政的自由民主党提出了一项宏伟的“黄金计划”，即“用10年战略来提升老年人的健康和福利水平”，提出了实现养老院病床数翻番、家庭照护人员数量翻两番，新建10倍左右数量的老年人日托中心等目标。到90年代时，在“黄金计划”的主导下，日本国内就建立政府主导的长期照护保障制度已形成共识，争论的问题在于采用税收融资方式。还是社会保险方式？来自德国的经验表明，社会保险方式是可行的，这在一定程度上影响到了日本的决策。从当时的政治环境分析，日本长期护理保险的出台时机也是“幸运的”：第一，执政的自民党获得了其他党派的支持，大多数党派成员对建立长期护理保险制度持积极态度；第二，虽然部分利益群体，例如医生、地方政府官员等反对方案中的某些建议，但他们通过谈判获得了一些“妥协性”补偿；第三，公众和媒体对引入长期护理保险制度热情高涨，支持率达到了80%以上；第四，在当时环境下，对长期护理保险制度可能带来的财务负担问题还没有太多考虑。相反，大多数人关心的是医疗保险费用的上涨，而引入长期护理保险制度则有利于降低医疗费用。

虽然效仿德国模式，但日本的长期护理保险与德国相比，有着显著的区别。第一，德国受益人口覆盖面为所有年龄人口，而日本则为65岁以上老年人以及少量40~64岁年龄段的失能人口。第二，日本的长期护理保险在受益资格标准的要求上要宽松一些，例如在制度启动初期日本65岁以上的受益人口比重

^① Campbell JC, Ikegami N. Long-Term Care Insurance Comes to Japan[J]. Health Affairs,2000,19(3):26-39.

^② Jong Chul Rhee, Nicolae Donec, Gerard F. Anderson. Considering Long-term Care Insurance for Middle-income Countries: Comparing South Korea with Japan and Germany[J]. Health Policy,2015 (119): 1319-1329.

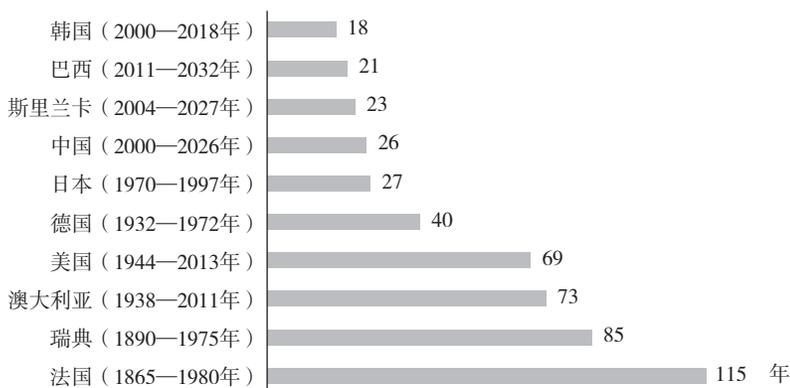
达到了12.5%，而德国为9.5%。^①这背后的一个重要原因是，日本在1995年引入长期护理保险制度时，许多老年人已在“黄金计划”中得到较好的照护服务，再将这部分人退出是不可能的。因此，日本的长期护理计划一开始就要比德国更慷慨一些。例如在待遇范围上，日本包括了轻度护理的情况，而德国的护理门槛则相对高一些；在待遇标准上，日本居家照护的待遇额约为德国的两倍，日本的机构护理还包含住宿费用，这在德国也是没有的。第三，在经办管理上，日本的地方政府是管理人，而在德国长期护理则由分散的近250只准公共性的“疾病基金”来管理，这是与两国既定的可用资源环境是直接相关的。在融资上，日本地方政府财政要承担一半的护理保险基金支出负担，并且各地的费率水平有所差异，这与德国全国统一的缴费制也是不同的。在资格的评估认定上，德国由“疾病基金”管理机构的医生和护士来评估受益资格，而日本则由地方政府委员会通过电脑化的问卷程序评分来完成。第四，德国对居家护理服务提供现金补贴，而日本则没有，这也反映了两国在家庭赡养文化上的差异和改革理念。在德国，发放现金津贴在社会保险方式下是非常自然的，由于家庭子女和老人通常是分离的，因此通过现金补贴鼓励家庭照护；而在日本，发放现金补贴则遭到了“家庭妇女”集团的坚决反对，这被认为是将妇女“锁定”在家庭照护上的一种手段。第五，在护理设施的供给上，日本又具有斯堪的纳维亚模式的特点，即地方政府大规模直接建设服务设施。在日本实现长期照护服务的社会化是一个常提的口号，即所有的健康需求都应该得到满足，这也是日本地方性老年服务机构和日托中心高度发达的重要原因。

（三）韩国

韩国是第一个在传统富国之外建立长期护理保险制度的国家。如上所述，相比德国和日本的人口超级老龄化情况，韩国在2008年建立长期护理保险制度时的人口结构相对年轻得多，同时该国的老年照护问题也没有到达德国和日本

^① Yohn Creighton Campbell, Naoki Ikegami and Soonman Kwon. Policy Learning and Cross-national Diffusion in Social Long-term Care Insurance: Germany, Japan, and the Republic of Korea[J]. International Social Security Review, 2009(4).

那样的严重状况，类似德国式的老年护理救助负担和日本式的社会性住院现象在韩国并不突出。因此，韩国政府对长期护理保险制度的建立更多的考虑是长远问题，而不仅是眼前。这是因为，虽然韩国人口老龄化的发生时间滞后于发达国家，但速度却是惊人的。按国际通行的标准，一国65岁以上人口占比从7%上升到15%，称为从“进入老龄化”到“深度老龄化”的过渡阶段。从图1可以看出，该过程在韩国为18年（2000—2018年）；在日本为27年（1970—1997年），而在法国则长115年（1865—1980年）。也就是说法国、瑞典、美国等发达国家有充分的时间来应对人口老龄化进程，而包括韩国在内的“追赶型”国家（包括大部分发展中国家）老龄化速度却是让人措手不及的。进一步预测，到2030年韩国的65岁以上老年人口占比将超过20%，到2050年将超过1/3。^①



资料来源：World Population Prospects 2017, <http://www.un.org/en/development/desa/population/>.

图1 各国老龄化社会过渡时间

在国内的政治和社会环境方面，韩国引入长期护理保险制度时机也是有利的。作为儒家文化圈国家，传统上韩国老年人大多与家庭长子生活在一起，这

^① Yohn Creighton Campbell, Naoki Ikegami and Soonman Kwon. Policy Learning and Cross-National Diffusion in Social Long-term Care Insurance: Germany, Japan, and The Republic of Korea[J]. International Social Security Review, 2009(4).

种情况到了20世纪六七十年代之后开始减退，到90年代时老年人（包括配偶双方）独居的比例已超过一半。同时，妇女外出找工作的比例也越来越高，无法再提供传统意义上的家庭照护。因此，社会对照护制度的需求不断上升。1998年，金大中总统执政后，表现出建设福利国家的较强意愿，在卫生和社会政策领域推行了一系列举措，包括将失业保险扩展到小微企业（1998年）、养老保险扩展到城市自雇者（1999年）、实行最低生活保障、对国家医疗保险制度进行合并（2000年）等。对于长期护理保险制度的引入，当时有利的条件如下：第一，国内专家普遍认为解决未来的老龄化问题要比当前的社会问题更重要。第二，长期护理保险对公众有很强的吸引力，很少有政党冒着政治风险站出来提出质疑。第三，国家卫生福利部作为主管部门大力支持这项建议。第四，出于照护服务机构的现实需求。与德国和日本不同，韩国在启动制度前国内提供长期护理服务的医院、养老院和社区服务中心等机构供给严重不足，同时也没有大量的非营利性机构来从事照护服务业。在此情形下，政府认为社会保险融资可以为护理机构发展创造机会，特别是通过引导社会力量参与，可以极大地解决设施和人员供给不足的问题。第五，由于韩国的社会保障同样以社会保险融资为主，在比较德国和日本模式后，社会保险模式自然进入视野。从2000年开始的启动到2004年的三个试点，再到2007年的通过立法，长期护理保险制度在韩国的出台是比较顺利的。

韩国的长期护理保险采用统一的费率和护理服务包，这是与国家集中统一管理的社会医疗保险制度密切联系在一起的。在经办管理上，国家健康保险公团统一管理医疗保险和长期护理保险制度。在制度设计上，韩国有着德国和日本“混合”的一些特点，与日本的相似点主要有：第一，融资来源于护理保险费，与医疗保险费共同征收，同时政府税收给予补贴；第二，在资格确定上，通过基于“日常生活能力量表”（ADLs）的调查数据，由地方的评估委员会来确定受益人的失能等级和资格。与德国相似的地方有：第一，由社会保险机构经办，地方政府不参与其中；第二，只有三个层次的需求等级；第三，居家照护可获得现金待遇，但只是在少数特殊情况下才提供；第四，非常关注照护费用的控制问题。

在待遇水平的慷慨性上，韩国的护理保险制度要低于日本和德国。例如，

在受益范围上，2008年韩国65岁以上老年人的受益人口被控制在4%左右，远低于德国的10%和日本的15%；同时在护理服务包含的内容和待遇水平上，韩国也要低于德国、日本两国。这反映了韩国政府一贯的发展性社会政策抵制大规模社会福利的基本理念，政府引入长期护理保险制度时的一个基本出发点就是制度“不能太大”，至少在建立初期是这样的。正因为如此，在近十年内，韩国国内关于长期护理保险制度提升覆盖面、待遇标准等方面的讨论不断增加，政府面临着很大的改革压力。

二、三国长期护理保险制度的运行框架

表2对三国长期护理保险制度的基本框架进行了比较，主要的异同点如下。第一，从覆盖面上分析，三国长期护理保险都基本实现了全民参保；其中日本为40~64岁以上人口参保，其他两国都覆盖了全体就业人口；在受益人的年龄条件上，德国覆盖了全部年龄段人口，日本和韩国对65岁以下人口的受益资格进行限制；第二，在待遇标准上，日本最为慷慨，在进入门槛、待遇支出水平、自付比例和受益人口面等指标上，都要优于其他两国，说明日本长期护理保险的福利化程度要高一些；相比而言，韩国的待遇水平是最低的；第三，在经办管理上，德国和韩国都由医疗保险组织来进行统一管理长期护理保险，而日本则由地方政府来承担经办以及部分融资的职责；第四，在护理服务的供给上，三国都引入市场竞争因素，尤其是韩国允许营利性机构参与长期护理，在制度建立之初较短的时间内弥补了护理设施不足的问题。

表2 德国、日本和韩国三国的长期护理保险制度特征对比（2013年）

	韩国	日本	德国
融资来源	缴费基数为工资的50%~60%； 统一缴费率为0.39%； 中央和地方税收补贴 10%~30%； 个人自付	一半来自缴费；一半来自税收补贴； 65岁以上老年人有6个缴费档次（约占全部总缴费收入的1/3）； 40~64岁参保人缴纳收入的1%（约占全部总缴费收入的2/3）	基于工资缴费； 费率为收入的2.0%

“长期护理保险”专题

续表

	韩国	日本	德国
地区性的费率差异	无	对于65岁以上老年人，基于地区支出水平，费率可能有差异，保费为地方统筹； 对于40~64岁参保人，保费全国统一调节	无
受益覆盖面	65岁以上老年人均可； 65岁以下患与年龄因素相关疾病者（排除残障）	65岁以上老年人均可； 40~64岁患与年龄因素相关疾病者	各年龄段人口均可
受益人/65岁以上老年人比例	2008年为4.2%； 2013年为6.1%	2008年为16.5%； 2013年为18.2%	2011年为12%
受益人分级	5个级别	普通长护有5个级别； 预防照护有2个级别	3个级别
每月的待遇上限（美元PPP）	居家照护：1015~1318美元； 机构照护：1298~1824美元 特殊情况下的现金津贴：173美元	仅享受居家照护：1670~3610美元； 家庭预防照护：500~1050美元； 机构照护：1990~3960美元（包含食宿费）； 护理保险基金为低收入者提供照护	现金津贴：297~886美元，并为护理工缴纳养老保险费； 居家照护：570~1899美元； 机构照护：1295~1962美元（不包含食宿费）； 低收入者照护费用通过另外的社会救助制度支付
受益人自付比例	居家照护：个人承担15%； 机构照护：个人承担20%	个人承担10%左右护理费用	依据照护类型不同，个人可能自付一定比例费用
经办管理	国家健康保险公团及地方分支机构（与健康险分开管理）	各级地方政府管理	疾病保险基金（与健康险分开管理）
服务供给	在制度建立之初，政府资助建设护理设施； 社会营利性机构参与	政府大规模直接建设照护设施	通过现金津贴，鼓励居家照护；私人保险参与多层次照护；引入管理型照护

续表

	韩国	日本	德国
服务费用表	健康福利部制定全国标准	由地方确定，反映地方成本差异	由地方确定，疾病基金与服务机构进行谈判

资料来源：Jong Chul Rhee, Nicolae Donec, Gerard F. Anderson. Considering Long-Term Care Insurance for Middle-Income Countries: Comparing South Korea with Japan and Germany[J]. Health Policy, 2015 (119):1319 - 1329.

三、三国长期护理保险制度的发展成效

德国在制度建立之初就强调了财务稳定的原则，在1998年之前，制度的收入一直大于支出。1999年之后，政府通过了几次扩大护理保险受益人群范围的提案，加上当时失业率的上升和照护成本的上涨等因素，在随后的8年内基金收支连续出现赤字。到2008年时，费率提高到1.95%，基金转亏为盈。之后基金盈余出现边际效用递减的情况，盈余连年下降，为此2013年保费进一步上调至2.05%，2015年保费上调至2.35%，2015年基金盈余上升到创纪录的16.8亿欧元。从参保人数看，2017年德国社会护理保险参保人数为7170万人，占德国总人口的86.7%，加上少数自雇人员、自由职业者或高收入者加入的私人长期护理保险（占总人口的11.3%），德国护理保险覆盖了总人口的98%，基本实现了国民全覆盖。在社会保险范围内，2016年德国共有274.9万居民享受长期护理保险待遇，占总人口的3.3%，其中居家照护人数占比为72%，机构照护人数占比为28%；^①在三个级别的护理服务中，失能等级越高的护理对象参加机构护理的倾向越大。

对日本来说，在长期护理保险制度实施初期，支出成本问题并未列入重点议题。当时的问题主要集中于需要轻度护理者的护理需求得不到满足、穷人难以承受10%的共付比例等问题。这些问题经过制度的初期完善逐步得到了

^① 刘涛.德国长期护理保险二十二年：何以建成，何以可存，何以可行？[C].南京财经大学长期护理保险理论与政策研讨会论文集，2017.

解决。^①三年之后，制度的运行成本问题开始出现主要原因在于支出的过快增长。随着需要照护老年人数量的上升，尤其是轻度需照护者的快速增加，照护等级为1级和需要援助者的人数在最初5年增长了1倍以上，费用支出逐年增加，从2000年的3.6万亿日元上升到2005年的6.4万亿日元。由于长期护理保险的缴费水平由市町村根据当地未来的保险支出情况，每过三年进行一次调整，因此缴费水平不断上涨。^②日本《长期护理保险法》规定，“制度要以五年为目标进行重新审视”。为了保证制度的可持续发展，厚生劳动省自2005年来对长期护理保险制度进行了多次的改革。改革的主要方向是，进一步细分护理等级，将部分轻度照护需求者纳入预防援助体系；建立照护预防服务体系和地区援助业务，加强市町村地方政府的作用，使市町村的居民可以就近在本地享受便捷、灵活的照护、预防、援助等服务。

韩国的长期护理保险制度在2008年启动后获得了快速发展，尤其体现在护理服务机构的发展速度上。由于政府的积极投入和实行市场友好型的鼓励民营机构介入政策，2008—2012年，护理服务机构从8300多家快速增加到15000多家。许多民间营利性的小型社区照护中心开始成立，这些机构的成立相当简单，只要满足有一定数量护工和办公场所要求，即可开展居家照护业务。在覆盖面上，政府的原计划是在制度实施初期将受益人口控制在3.1%以内，但覆盖面过窄的问题饱受社会批评。因此从2012年开始，政府将长期护理老年受益人口覆盖面进一步提高到了5.8%，除了贫困老年人口外，原来一些中产和富有阶层的老年人也开始享受服务。^③从基金收支上看，韩国护理保险从成立之初一直有盈余，这主要归功于政府对待遇水平和覆盖面的控制政策。但在运行几年

① 以上三种问题的解决方法依次为：在长期护理保险法中规定要向需要轻度护理的人提供服务；降低前三年的共付比例和低收入者每月的最高共付额；只允许营利组织和非营利组织进入居家照护领域，而不能进入设施照护领域。以上内容主要参考Naoki Ikegami. Rationale, Design and Sustainability of Long-Term Care Insurance in Japan—in Retrospect, *Social Policy & Society*: 428-429.

② Naoki Ikegami. Rationale, Design and Sustainability of Long-Term Care Insurance in Japan—in Retrospect[J]. *Social Policy & Society*, 2007(6): 428-429.

③ Yongho Chon. The Expansion of the Korean Welfare State and Its Results – Focusing on Long-term Care Insurance for the Elderly[J]. *Social Policy & Administration*, 2014(6): 704-720.

后，制度出现的一些问题开始遭到社会批评，主要有以下几方面。第一，相比日本和德国，韩国的覆盖面和待遇水平要低得多。以照护服务范围为例，由于失能评估以ADLs日常活动表为基础，有些重大疾病（例如老年痴呆症）并未纳入护理范围。第二，管理和信息宣传上的不足。由于韩国的经办服务体制缺少德国式的“有管理的照护”环节，加之政府宣传不够，参保人对照护服务机构的基本信息和服务质量了解不足，面对大量的服务机构，很难作出评估和选择。第三，服务机构存在的市场恶性竞争问题。许多私营服务机构为了扩大市场，采用赠送礼品、降低个人自付水平等不正当手段拉拢客户，造成市场混乱。第四，服务设施和照护质量差的问题，体现在护理人才短缺、层次低和培训不够，以及服务设施差等现象上。第五，地方政府参与性不足。地方政府在照护机构的建设和服务人员队伍的监管等方面发挥的作用有限，各地的服务设施差别情况很大。

四、对于中国引入长期护理社会保险制度的几点启示

中国自2016年7月开始在15个城市开展长期护理社会保险制度试点。以下在总结德国、日本和韩国经验的基础上，分析中国社会保险制度模式的选择和设计过程中应注意的问题。

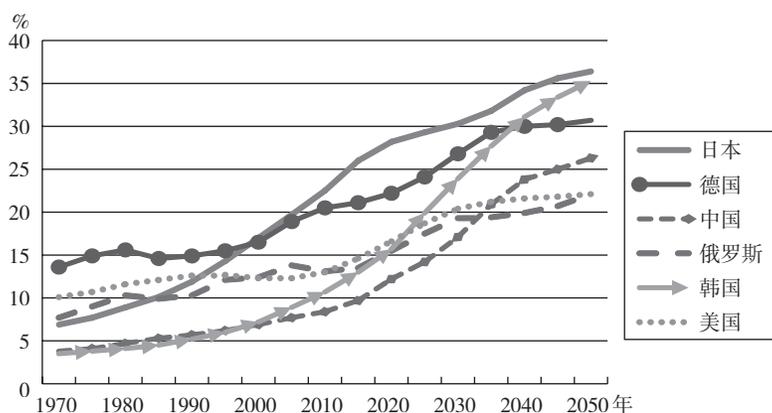
（一）尽快确立长期护理保险制度模式

1. 应对“未富先老”的基本国情

中国目前处于中等收入国家阶段，引入长期护理保险制度面临的一个基本背景是“未富先老”。按照世界银行公布的数据，2016年中国人均GDP为8123美元，尚不足上述三国建立长期护理保险时人均GDP的一半。^①但从人口老龄化程度上看，2015年中国65岁以上老年人口占比为10.1%，与韩国2008年建立护理保险制度时的水平已持平。在未来几十年内，中国的人口老龄化速度会非常快。根据联合国的人口预测数据，中国从“进入老龄化”社会过渡到“深度老

^① IMF数据库，<http://www.imf.org/external/>。

龄化”社会的时间为26年，即65岁以上老龄人口从2000年的7%上升到2026年的15%。以65岁上老年人口比例作比较，图2对德国、美国、日本、俄罗斯、韩国和中国6个国家进行了比较。可以看出目前中国的老龄化程度是最低的，但到2035年左右，中国65岁以上老龄人口将超过美国和俄罗斯。从人口老龄化的变化曲线上看，中国和韩国有很大的相似性，即进入2000年之后，人口老龄化速度逐步加快，经过30年内的时间即可达到发达国家的老龄化水平。可以说，韩国2008年引入长期护理保险的做法对中国是一个借鉴，即赶在人口老龄化高峰到来之前，在“窗口期”内及早建立制度，防患于未然。



资料来源：World Population Prospects 2017，<http://www.un.org/en/development/desa/population/>。

图2 六国人口老龄化变化趋势对比（65岁以上老年人口占比）

从人口和劳动力就业结构看，一些现实的压力使中国建立长期护理保险制度的任务更加紧迫。第一，中国的人口基数大，60岁以上老年人口已超过2亿人，是全世界之最；第二，从20世纪70年代以来，中国实行计划生育政策，“4-2-1”的家庭结构使老年照护问题进一步突出；第三，中国的女性就业率水平较高，2016年中国15岁以上女性劳动力参与率为63%，高于美国（56%）、德国（55%）、韩国（50%）和日本（49%）等国家。^①女性就业率的提高意味着

^① 世界银行网站，<https://data.worldbank.org/indicator/SL.TLF.TOTL.FE.ZS>。

传统依赖家庭成员（以女性为主）的非正规照护方式无法持续。

2. 应对保障覆盖的薄弱不足

长期以来，中国传统的老年照护以家庭保障为主。政府提供的公共保障项目发展薄弱，城市和农村地区的公立养老机构数量有限，投入不足，入住养老机构的老年人得到正式照护的比例也不高。民营的护理服务机构虽然得到了一定发展，但存在着收费水平高、服务质量参差不齐等问题，中低收入老年人难以入住。从总体上看，中国的护理覆盖面缺口非常大，无论是在支出水平、覆盖面和护工人才供给等方面都存在巨大的缺口。

从扩大保障覆盖面的角度分析，强制性的社会护理保险制度有着天然优势，德国、日本和韩国在制度启动后很快都实现了参保的全覆盖，并且覆盖面扩展到就业人口之外的居民。而在美国、法国等私人保险较为发达的国家，商业护理保险的覆盖面也不足10%。这充分说明扩大这项保障覆盖面的最有效途径就是采用社会保险模式。中国的情况更是如此，商业性的护理保险市场发展处于起步阶段，难以承担社会性保障功能。而之前自愿性的企业年金制度普及性差、农村养老保险缴费水平低等事实情况也反向证明，扩大护理保险制度覆盖靠自愿性的保险制度在短期难有成效。

3. 带动养老护理服务业发展的现实需要

人口结构的变化预示着由老年消费和服务需求带来的老龄产业发展，将是带动经济增长的重要支柱，成为向高收入阶段转型中的一个潜在新兴产业，为经济增长带来稳定性和持久性的发展动力。从德国、日本和韩国的转型经历看，这三个国家在工业化发展后期，都经历了突出的人口老龄化问题，德国和日本尤为突出。在此过程中，这三个国家之所以能够较为成功地实现了经济和产业结构的转型，与重视老年服务业的发展密切联系在一起。因此，在经济发展的“新常态”下，中国应高度重视老年服务产业的发展，将其作为国家治理战略的一部分，出台相应的顶层设计。照护服务业是老龄产业的一个重要组成部分，从需求角度讲，中国数以亿计的老龄人口对照护服务的需求是巨大的。但从供给角度分析，养老服务业远远不足，护理服务设施和人才都非常匮乏，严重滞后于老龄化社会的需要。这种情况在德国、日本和韩国引入护理保险制度之初都曾出现过，日本主要通过大规模政府投入来建设设施，德国和韩国都

采用了公私两类机构参与的方式，促进服务产业的发展。尤其是韩国，在2008年制度启动时，照护服务机构还非常少，护理保险制度的启动为民间私营机构的发展提供了契机，在短短几年内，护理服务机构就大规模地扩张。这种情况同样适用于中国，大规模的老年护理需求单靠政府举办的养老服务机构是难以满足的，必须加快促进社会服务机构的发展。在一定程度上，护理服务业带有准公共产品的性质，存在着信息不对称和逆向选择带来的市场失灵问题，单靠市场撬动在短期内难以有显著成效。而社会护理保险业的引入则可以为护理服务机构的发展提供政策保障、融资渠道、固定的客户业务来源，通过市场竞争来加大供给水平和服务质量。在国内早期试点的青岛、长春、上海等城市，护理保险对民间养老机构的带动效应已开始显现。

（二）社会护理保险制度设计的几个关键问题

长期护理保险制度的设计面临着缴费成本、待遇水平、覆盖面和服务供给等几个关键性问题，德国、日本、韩国的经验对中国有以下几点启示。

1. 融资成本

在供给侧改革背景下，社会保障“降费”是大势所趋，引入长期护理保险制度面临提高社会保障总体费率的负担。从目前国内试点城市来看，实行长期护理单独缴费的并不多，大多是从地方的医疗保险基金结余中进行划拨，有的地方财政给予一定补贴。从长远看，这种做法仅是权宜之计。第一，不利于建立独立的制度，长期护理保险融资来源受制于医疗保险基金收支形势，无法进行长期稳定的平衡测算。第二，存在公平性问题，各地医疗保险基金和财力情况有很大差异，发达省份势必建立制度较早，融资和待遇水平较高，各地自行试点下去，任由各地的碎片化制度发展会带来地区间的公平性问题。从德国、日本、韩国的经验看，参保者的费率（在日本为2号参保人）都是统一的。当前，德国的费率较高，为2.55%；韩国最低，仅为0.4%左右。对于中国来说，全面推开长期护理保险制度，也应实行统一的费率，费率的高低取决于照护群体的受益范围和待遇水平。从韩国来看，在制度启动初期，0.5个百分点的缴费可以满足65岁以上5%左右的受益群体支出需要，说明单独的护理保险制度支付成本并不高。护理服务的费用支出与医疗支出存在着一定的替代效应，护理保

险制度启动后有利于减轻医疗保险筹资的压力。从德国的经验看，虽然近几年长期护理保险制度的费率不断提升，但五项社会保险总费率并没有上升，近10年下降了3个百分点左右，这主要得益于近年来养老保险和失业保险费的下调因素。从中国的情况看，近几年失业、工伤、生育和养老等保险项目费率已有所下调，在做实缴费基数以后，还有进一步下降的空间。从融资成本角度考虑，0.5~1个百分点的长期护理保险费仅相当于失业保险费下调的幅度，是可以承受的，而长期护理保险的覆盖面是高于失业、工伤等小险种。另一个可考虑的思路是将医疗保险制度中个人账户缴费的0.5个百分点拿出来用于护理保险，在成本置换上也是“经济”的。总之，长期护理保险制度的建立是整个社保体系结构调整中的一个子部分，引入这项制度不应束缚于当前降费硬约束的条件限制，更应从社保制度完善、经济社会转型的战略需要出发。

在融资来源上，除了缴费之外，上述三国还采用其他一些方式来补充融资。第一，针对失业、学生和低收入等群体，由国家财政给予补助缴费，以增强制度的再分配性；第二，让照护对象承担一定比例的照护费用，通过自付方式来治理道德风险和过度消费问题，在日本和韩国的自付比例分别超过了10%和20%；第三，对巨额照护支出情况，实行封顶限制，或者引入补充性的大额护理保险来控制支出。这些措施也给中国长期护理保险制度的发展提供了借鉴。

2. 待遇水平设计

待遇水平高低是事关长期护理保险制度可持续性的一个关键环节。上述三国的经验表明，护理保险制度发展可实施“渐进式”的调整策略，在制度启动初期应实行有限制的待遇支付，随着融资条件的成熟，再逐步扩展，这从经济上和政治上都是可行的。第一，从经济上讲，初始较低的待遇水平更容易得到融资支持，避免一开始就出现财政负担。从精算分析的角度，长期护理保险制度的支出测算要难以养老保险和医疗保险，有很多不确定性的因素影响制度支出水平测算的精确性，这些因素包括老年失能人口比率、重大疾病发生率与死亡率等。日本的经验说明，制度启动时过于慷慨的待遇水平会形成福利刚性，造成制度财务积重难返。第二，从政治立场角度讲，谨慎的支出策略会减少政策制定者对社保制度破产的担忧。对于社会公众来说，有了制度即可获得一份待遇保障，尽管是“小制度”，也总胜于没有制度。在中国当前的长期护理保

险制度试点中, 大多地区对受益人口范围实行较为严格的限制。例如, 长春市规定完全失能的老年人才可以享受长期护理保险; 青岛市和上海市也规定只有重度失能人员才能享受长期护理保险。为了控制费用水平, 很多地方实行定额式的月补贴标准或者对待遇线进行封顶。这些探索性的措施都反映了政策制定时的谨慎思考, 为全国范围内的制度推广积累了一定经验。

关于待遇水平控制的另一个重要问题是, 采取何种激励策略, 让人们在正式机构照护和家庭非正式照护间作出选择, 以及是否在照护待遇中提供现金津贴等做法。这些政策取决于一国社会文化的多种因素。例如在德国, 传统家庭照护比较少, 为了鼓励它的发展, 家庭成员可以获得照护现金补贴待遇; 而在日本, 在长期护理保险制度实施之前, 就有着长期的医院照护发展经验, 大众文化对正式机构照护的认可度很高。直到2005年改革时, 日本才开始鼓励以社区为基础的预防照护中心发展, 将有轻度失能风险的人口引向预防照护; 韩国也是在极少数情况下(通常是缺乏机构照护者)才为家庭照护者提供现金补贴, 其中两个重要原因是: 一是避免将妇女束缚在家庭照护之上; 二是担心家庭非正规照护影响正式机构照护的发展。对于中国来说, 也要在国情基础上对上述因素间作出权衡。既要考虑到传统家庭赡养文化下居家照护占主导地位的客观事实, 又要考虑到在机构照护建设薄弱的情况下, 如何鼓励社会服务机构发展的问题。与日本和韩国的情况类似, 中国也不宜在家庭照护中实施大规模的现金补贴待遇。

3. 覆盖面和资格认定

长期护理保险制度的参保和受益覆盖面是制度设计的一个基础环节。在参保覆盖面上, 德国和韩国将参保覆盖范围扩大到全体人口, 日本为40岁以上人口。在受益群体上, 一个关键的问题是照护待遇能否覆盖年轻的失能群体。韩国的情况是仅有老年人口可享受待遇; 在德国, 各年龄段人口都有资格享受待遇, 反映了该国长期以来坚持的“社会团结”理念; 而日本则采用混合方式, 40~64岁参保人的特定疾病可获得服务保障。中国目前的试点类似于韩国的方式, 长期护理保险制度的参保对象为全体医疗保险参保者, 而不仅是退休后的老年人口才有资格享受服务。如果护理保险采用独立的缴费方式, 在此覆盖面结构下, 赡养负担是最低的, 有利于财务可持续性。随着未来制度的成熟, 可

以再考虑覆盖部分年轻失能人员的特定疾病。出于公平性的考虑，长期护理保险制度在覆盖城镇就业人口的同时，还应将城乡居民逐步纳入保障范围。

决定受益群体覆盖面的另一个关键问题是照护需求资格的评估认定。在这方面，德国、日本、韩国均建立了国家统一的评估标准体系，德国由地方的医疗保险基金进行管理，采用目标评估工具；日本和韩国则更多地采用问卷调查评估工具，同时地方性的医疗委员会也参与鉴定。这是因为在这两个国家，医疗卫生部门（尤其是医生）通过政治游说在评估过程中获得了重要角色。中国目前的当务之急是利用与整合卫生、民政和社保经办管理部门的资源，学习国际经验，出台一套国家统一的标准评估体系。在评估认定过程中，还应大力鼓励保险公司、从事医疗服务、养老服务的民间第三方机构来参与评估认定。

4. 服务供给质量

当前中国长期护理服务业发展面临的一个现实问题是护理服务机构和护理人才的匮乏。社会护理保险的建立是对护理服务业的一个巨大撬动，在护理保险制度正式实施前，应有一个机构发展的准备期，让服务机构逐步介入。例如，日本在“黄金计划”期间，大力资助地方的护理服务设施建设，同时采用家计调查型的救助计划，控制成本上升，取得了很好的社会效果。而韩国在长期护理保险制度启动前，政府在服务设施建设上无所作为，因此制度启动初期遇到了麻烦，不得不通过大量引入民间资本的方式来扩大供给。中国目前的情况与韩国有很大类似，在护理保险制度试点的过程中，尤其要注重服务机构的培育成长和服务质量的提高。中国地域广阔，各地在照护服务设施建设上有很大差异，尤其是在广大农村地区，正式的机构护理资源非常匮乏。一个可行的途径是利用基层的医疗卫生资源，加强社区、乡镇、村级医疗卫生资源的照护服务能力，为居民就近提供上门服务；另一个可考虑的办法是学习韩国的经验，对于偏远地区的照护服务需求，给予家庭内部照护人员一定的现金补贴，以弥补正式照护的不足。

提高服务质量是护理保险制度启动时的重要考虑因素。例如，在韩国的制度初期，为了扩大服务供给，市场中进入了大量低层次的服务机构，相应产生了拉拢客户的恶性竞争现象。虽然，个人可在服务机构间作出选择，但由于信息不对称，市场垄断等原因，个人往往处于弱势地位。在中国当前的试点中，

“长期护理保险”专题

青岛、南通等城市大量引入民间护理机构的参与，在服务供给方面，已经在某种程度上出现了市场过度竞争带来的负面问题。这就对政府的市场监管能力提出了要求，管理部门应出台合理的机构服务质量标准和评估体系，加强市场监管和经办管理能力的建设，保障照护服务市场健康运行。