

长期护理服务领域的福利混合经济研究

——基于瑞德日韩四国的比较分析

陈诚诚

[摘要] 长期护理服务产生于全球福利制度紧缩期。与福利制度扩张期的政府单方供给方式有别,长期护理服务领域呈现出政府、市场与家庭的责任共担局面。各福利国家经济发展程度、社会文化、福利发展水平的差异,使得其长期护理服务领域中政府、市场与家庭的合作方式有较大差别。本文利用K-means聚类分析对OECD国家的长期护理模式进行类别化,分析不同模式下长期护理服务领域福利混合经济的实现方式,并对我国在长期护理保险制度试点地区完善长期护理服务市场予以启示。

[关键词] 长期护理服务;长期护理保险;福利混合经济;聚类分析

一、引言

随着对福利国家局限性的批判与福利混合经济(the mixed economy of welfare)理论的发展,社会服务成为福利国家分析的核心领域^①。社会服务的供给主体(welfare provider)有国家、家庭与市场之间的福利角色之分(social division of welfare),三者和社会保障领域的动态变化已被反复研究论证^②。社会服务领域出现了四个方面的转变:在属性上,传统的非正式家庭领域转化为由社会承担责任;在需求上,社会服务通常基于个性化而非标准化;在供给上,社会服务提供部门通常为私营领域而非政府部门;在供需和筹资关系上,传统的收入保障制度(如养老保险、低保等),政府在筹资和给付上承担主要责任,与受益人之间是一种二元关系,而在社会服务领域,

[作者简介] 陈诚诚,清华大学公共管理学院博士后。主要研究方向:长期护理、养老服务、东亚福利体制比较。

[基金项目] 国家社科基金青年项目“长期护理保险制度试点实施效果及优化研究”(17CRK011)。

① Daly Mary, Jane Lewis, "The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States," *British Journal of Sociology*, 2000, 51(2).

② 参见 Adalbert Evers, et al., *Shifts in the Welfare Mix: Their Impact on Work, Social Services and Welfare Politics*, Aldershot, Avebury, 1990; Adalbert Evers, Ivan Svetlik, *Balancing Pluralism: New Welfare Mixes in Care for the Elderly*, European Center Vienna, Avebury, 1993; Gerald Wistow, et al., *Social Care Markets: Progress and Prospects*, Open University Press, 1996.

筹资主体、服务提供主体和受益人之间是一种三元关系^①。这不仅说明供给的渠道趋于灵活与多元,也强调政府角色与职能的转变,即社会服务领域里形成了福利混合经济。

在福利混合经济的分析框架中,存在三个分析要素:第一,社会服务发展演化之前,最早的承担主体源自于家庭,在福利混合经济中,“家庭”是重要的要素之一;第二,随着福利国家的重构(restructuring of state welfare)和民营化(privatization)的倾向,社会服务提供者中非营利与营利机构占比增加。尤其是随着社会服务供方引入竞争机制,增强需求者选择的趋势愈加明显,服务提供方市场的增长且现实中市场的运转情况也成为福利混合经济的重要分析要素;第三,护理服务领域国家的角色从直接的提供者(provider)变成购买者(purchaser)、赋能者(enabler)、规制者(regulator)、监督者(monitor)等,国家对于市场化的规制程度是福利混合经济的重要变量^②。

结合我国目前社会服务的发展状况,随着人口老龄化程度的加深,老年人长期护理服务(long-term care, LTC)的需求不断增强。长期护理服务由于产生并发展于福利国家的晚期,且恰逢福利国家重构时期,因此长期护理制度中政府、市场与家庭之间护理责任(care responsibility)的均衡成为重要讨论议题。

一方面,基于实现社会团结(social solidarity)的长期护理筹资方案、服务对象的广覆盖、给付范围的多样化、给付水平的提升等需要通过国家层面的社会保障政策予以实现。因此,独立于市场之外的长期护理需求满足的去商品化(de-commodification)程度、独立于家庭之外的专业化(formalization)公共服务的选择,即去家庭化(de-familialization)的程度仍作为衡量长期护理社会化(socialization)程度和福利水平的重要指标^③。

另一方面,随着个人选择自由和长期护理服务市场化概念的不断强化,服务提供者之间引入竞争机制,建构以护理需求者为中心的服务体系,提高市场供给的服务质量等议题成为目前讨论的重点。但是护理服务市场不仅需要警惕政府失灵(government failure),还要警惕市场失灵(market failure)。即,在护理服务市场中,政府单方供给可能造成低效、不足,而市场供给如不加以规制,也可出现服务质量低下、供需不配等现象。因此由于政府对市场的干预力度的差异,长期护理服务市场化的程度将存在较大的国别差异^④。这里面的干预体现在对供方资质(包括机构和人员)的要求、供方数量的把控、服务价格的规制、供方服务质量的管理等部分。推行长期护理制度的国家针对本国的实际情况,在处理政府与市场之间关系时采用了不同的规制方法。

① Adalbert Evers, Maarja Pijl, Clare Ungerson, *Payments for Care: A Comparative Overview*, European Centre Vienna, 1994.

② Jae-Eun Seok, *The Patterns of Long-Term Care Policy in Some OECD Countries: The Mix of De-commodification, De-familisation, and Marketization*, The Fourth Annual East Asian Social Policy Research Network (EASP) International Conference, 2007.

③ 参见 Gosta Esping-Anderson, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, 1999; Gosta Esping-Anderson et al., *Why We Need a New Welfare State?* Oxford University Press, 2002.

④ Mark Drakeford, "Ownership, Regulation and the Public Interest: The Case of Residential Care for Older People," *Critical Social Policy*, 2006, 26(4); Jae-Eun Seok, *The Patterns of Long-Term Care Policy in Some OECD Countries: The Mix of De-commodification, De-familisation, and Marketization*, The Fourth Annual East Asian Social Policy Research Network(EASP) International Conference, 2007.

本研究将对长期护理服务政策中福利混合经济实现方式进行深度分析,并重点研究以下问题:第一,依据理论化指标,使用 K-means 聚类分析法对 OECD 国家的长期护理政策类型化;第二,基于分类,选取代表性国家展开定性分析,归纳不同类型的国家政府对护理服务市场规制的程度与方式,从而总结各国所形成的差异化的福利混合经济方式。通过对这两部分内容的研究,对我国目前长期护理保险试点给予启示。

二、理论框架

(一) 长期护理服务的社会化程度

制度的公平与普惠通常是衡量一项社会保障政策的重要维度。在传统的社会福利研究中,艾斯平—安德森所提出的去商品化和去家庭化往往成为衡量社会保障制度社会化程度的指标。去商品化通常指人们不依赖市场而能够维持其生活的独立程度^①。长期护理服务的去商品化程度可简要理解为长期护理费用负担的社会化程度^②。可以通过以下的公式来说明:

$$\text{费用负担的社会化 (socialization of paying for costs)} = \text{去商品化 (de-commodification)} = \frac{\text{公共长期护理保险支出}}{\text{GDP}} \quad (1)$$

为了缓解长期护理家庭压力,长期护理保护中除家庭之外专业服务的使用可能性,也可称为护理提供的专业化程度或是去家庭化的程度。这里所指的专业护理(formal care)可理解为通过机构、人力、政策项目等对家庭的替代(substitute)、补充(supplement)或是支持(support)的程度。通过一国或地区被长期护理相关政策覆盖在内的受益人(机构与居家)占比作为衡量护理专业化的重要指标^③。可通过以下的公式表达:

$$\text{护理的专业化 (formalization of providing care)} = \text{去家庭化 (de-familialization)} = \frac{\text{机构、居家护理的受益人}}{\text{总人口}} \quad (2)$$

依据上文给出的两个指标,至少可推断出三个象限,即依照“去商品化”指标分为“公共(public)”与“私人(private)”,依照“去家庭化”指标分为“专业(formal)”与“非专业(informal)”。把“公共”投入较多,“专业化”程度较高的第一象限认为是政府占主导,福利水平较高。把“私人”支出较多,“专业化”程度较高的第二象限认为是市场参与度较高,政府通过对市场规制的方式,允许市场参与到长期护理服务的领域来。把“私人”支出较多,“非专业化”程度较高的第三象限认为是福利水平较低,不仅从社会保障的领域政府支出较少,家庭仍然作为长期护理的

① 参见 Gosta Esping-Anderson, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, 1999.

② 석재은, 『한국 장기요양서비스의 복지혼합』, 『사회복지연구』 2008 년제 4 호.

③ 석재은, 『한국 장기요양서비스의 복지혼합』, 『사회복지연구』 2008 년제 4 호.

重要主体。

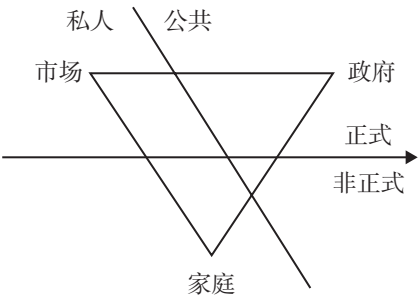


图 1 长期护理服务领域的福利混合经济

依据图 1，从理论上可以将长期护理服务分为以下类型，如表 1。

表 1 长期护理服务领域的三种类型

		费用负担	
		私人领域	公共领域
保护机制	专业领域	市场参与型 (私人 + 专业)	政府主导型 (公共 + 专业)
	非专业领域	家庭支撑型 (私人 + 非专业)	—

（二）社会服务市场化和政府规制

由于长期护理政策诞生于福利国家紧缩期，因此长期护理服务的提供方式趋于市场化。但由于长期护理服务所具有的福利性质，通常难以做到完全的市场化。在福利混合经济中，不仅筹资和供给十分重要，管理（governance）和规制（regulation）更不应该被疏忽^①。随着服务市场化的倾斜，从完全竞争市场到高度管理的准市场（quasi-market）之间的范围较宽，如果管制太强，便会造成束缚社会服务市场增长的局面，如果规制太弱，又会划向完全竞争市场的范畴^②。

在社会服务领域，政府对市场的规制通常有四个方面^③。第一，提供者筛选机制，政府对参与社会服务供给主体的资格标准进行限制。在长期护理服务领域，对于提供者的筛选机制主要有以下三个方面。其一，在机构和人力上政府出台了最低标准（national minimum standards），即从政府层面建立健全的认证许可系统（certification system）；其二，对长期护理服务市场参与者运营主体（ownership）的选择机制，即对运营主体是私人营利机构、社会福利法人还是非营利机构等的规定；其三，除上述对于提供者的资格限制外，对于供方数量有否限制也是一个重要方面。

① Martin Knapp, *Long-Term Care in England: Trends and Issues*, Seminar Paper in Korea, 2006; Martin Powell, *Understanding the Mixed Economy of Welfare*, Bristol, UK, Policy Press/Social Policy Association, 2007.

② 参见 Gerald Wistow, et al., *Social Care Markets: Progress and Prospects*, Open University Press, 1996.

③ Jae-Eun Seok, *The Patterns of Long-Term Care Policy in Some OECD Countries: The Mix of De-commodification, De-familisation, and Marketization*, The Fourth Annual East Asian Social Policy Research Network (EASP) International Conference, 2007.

这不仅对竞争的程度有所限制，对于地区之间的基础设施分配也起到管制的作用。

第二，对服务价格的规制。这涉及到两个问题：其一，对标准化的服务价格的统一设置。在实施社会保险的国家里护理服务价格通常被规制，但以社会服务为主的国家各地区间服务价格差异仍然较大；其二，是否包含护理服务外的费用，例如食宿费，依照服务的质量可以允许价格上的差异，但这种差异可以允许的空间有多大仍然是需要讨论的问题。

第三，对服务质量的规制。通常表现在对劳动力市场的干预上。由于服务提供者的质量与护理服务的质量有着紧密的关联，因此教育、培训等资质管理应得到充分重视，并且服务提供者的工资、劳动环境和社会保障也应得到政府的保护。社会工作者的待遇与长期的护理服务的人力供给和护理劳动力市场的培育有密切关联。

第四，从生产的角度对服务质量进行规制。通过监督体系的建立应向消费者公开监督结果和信息。信息公开的主要原因就是避免由于信息不对称而造成的市场失灵。

表 2 长期护理政策的比较分析框架：基于筹资、供给和规制三方面

分析维度		分类	含义或方法
筹资		公共筹资 公共 + 私人（使用者负担）筹资 私人负担	- 筹资的公私混合 - 长期护理费用负担的社会化程度
供给	供方	公共部门 非营利机构 营利机构 非正式	- 服务供给的公私混合 - 服务供给的专业化 - 服务供给的民营化
	支付形式	服务给付 现金给付	- 资金流向 - 服务：政府→提供者 - 现金：政府→使用者→提供者
规制	供方的筛选(1): 政府最低标准的规制	高标准 低标准	- 人力配置的政府最低标准 - 机构环境的政府最低标准
	供方的筛选(2): 运营主体的限制	开放式 封闭式	- 对进入服务行业的运行主体的资格限制
	供方的筛选(3): 数量限制	垄断 有限的竞争 竞争	- 供给总量的控制 - 竞争的程度 - 使用服务的公平性
	服务价格	高规制 低规制	- 价格自定或是标准价格 - 非给付服务的允许程度 - 非给付服务的上下限的设定
	服务质量(1): 投入时的质量担保	高规制 低规制	- 服务人员的资格与标准 - 服务人员的工作环境
	服务质量(2): 产出时的质量担保	高规制 低规制	- 监督和评价体系 - 奖励和惩罚机制 - 反馈和信息共享

资料来源：Jae-Eun Seok, *The Patterns of Long-Term Care Policy in Some OECD Countries: The Mix of De-commodification, De-familisation, and Marketization*, The Fourth Annual East Asian Social Policy Research Network (EASP) International Conference, 2007.

三、OECD 国家长期护理政策的分类

针对上文建立的理论框架,将 OECD 的 12 个国家作为研究对象,将去商品化、去家庭化作为两个指标划分维度。

表 3 OECD 国家去商品化与去家庭化水平

	脱商品化		脱家庭化			
	长期护理公共支出 /GDP (%)	标准值	机构护理受益人 / 总人口 (%)	居家护理受益人 / 总人口 (%)	受益人 / 总人口 (%)	标准值
荷兰	4.3	2.23	3.1	1.4	4.5	1.29
瑞典	3.2	1.22	2.9	1.3	4.2	1.08
挪威	2.4	0.48	2.7	1.1	3.8	0.79
芬兰	2.2	0.29	1.6	1.1	2.7	0.00
日本	2.1	0.20	2.1	0.6	2.7	0.00
比利时	1.9	0.02	0.9	0.3	1.2	-1.08
瑞士	1.8	-0.08	3.0	1.3	4.3	1.14
卢森堡	1.3	-0.54	1.5	1.0	2.5	-0.14
奥地利	1.2	-0.63	1.1	0.9	2.0	-0.50
德国	1.0	-0.82	2.2	1.1	3.3	0.43
韩国	0.7	-1.37	0.5	0.3	0.8	-1.37
美国	0.5	-1.65	0.2	0.2	0.4	-1.65
平均值	1.9				2.7	
标准差	1.1				1.4	

资料来源: OECD, Health at a glance, OECD Publishing, 2015.

首先,整理 12 个国家长期护理公共支出占 GDP 的比例、长期护理制度受益人占总人口的比例,并用 SPSS 计算两者的标准值。其次,依据去商品化和去家庭化指标的标准值,用 K-均值聚类算法将 12 个国家划分三种类型,如表 4。第三,将去商品化和去家庭化作为横轴和纵轴,划分象限。如图 2 可发现瑞典和荷兰为“政府主导型”。与之相反的美国、韩国、奥地利和比利时为“家庭支撑型”。而德国、日本、芬兰、卢森堡、瑞士和挪威则为“市场参与型”。

表 4 聚类分析结果

	聚类		
	1	2	3
去商品化	1.724	-.746	-.077
去家庭化	1.186	-1.150	.371
个案数	2	4	6

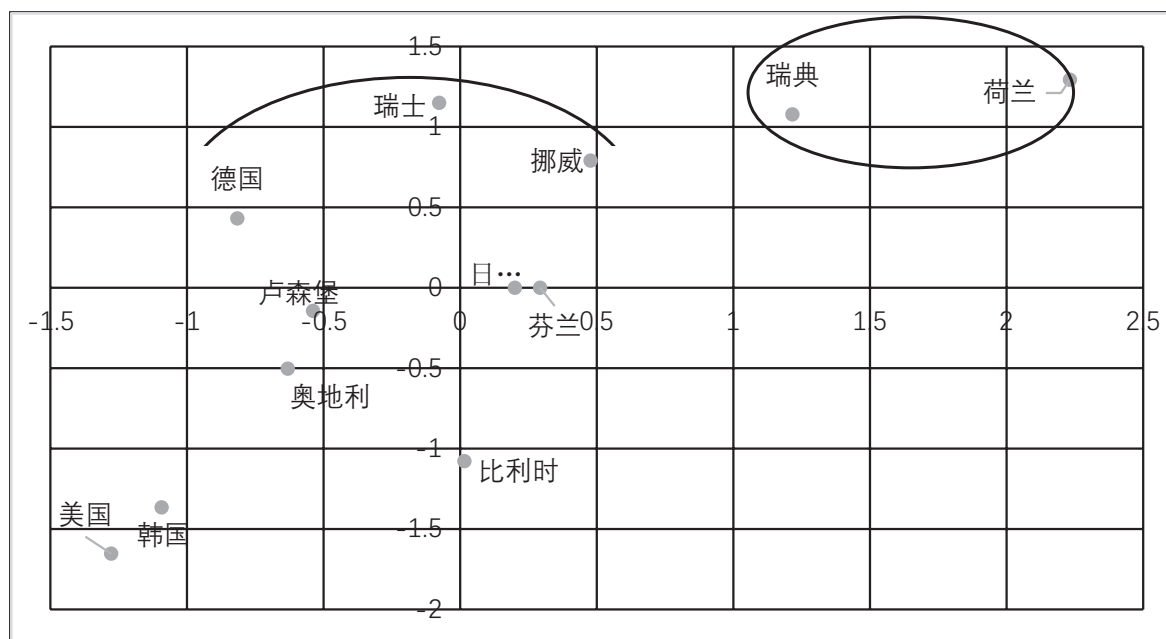


图2 部分 OECD 国家长期护理 K-均值聚类散点图

四、瑞德日韩长期护理领域福利混合经济分析

按照上述的分类，分别选择三个类型的国家作为主要的分析对象：瑞典（政府主导型）、德国（市场参与型）、日本（市场参与型）、韩国（家庭支撑型）。之所以在市场参与型中选取两个国家作为代表，是因为德国在“市场参与型”象限的代表性更强，而日本的长期护理服务市场规制方法独具特色，因此将两个国家都纳入分析对象。

（一）受益范围和给付水平

通常来说，各国长期护理政策的受益人规模和给付水平决定了护理服务市场的大小，也体现了社会保障制度对护理需求的回应程度。根据表5，瑞典的长期护理制度受益人占比为四国中最高，德国和日本制度受益人占比分别为3.3%和2.7%，而韩国的制度受益人占全体人口仅为0.8%，从受益群体的覆盖面来看和传统的福利国家之间有一定的差距。

从给付水平来看，瑞典长期护理费用个人负担上限为10%，且护理费用通过税收的方式来支付。德国长期护理保险法定上并没有规定个人的支付比例，但由于制度的补偿水平较低，因此法定给付标准之上的费用都要由个人来承担，且机构护理中食宿费用需要个人承担。日本规定的个人负担的比例为10%，但机构护理中食宿费须由个人负担，且无上限。韩国的长期护理保险机构护理中个人自付20%，居家护理中个人自付15%，但食餐费和高级护理床的使用费全部由个人承担。如表5。

表5 长期护理政策的受益范围和给付水平

国家	制度	受益人 / 全体人口 (%)	筹资	个人负担
瑞典 (政府主导型)	公共长期护理保护	4.2	税收	个人负担上限: 10%
德国 (市场参与型)	社会化的长期护理保险	3.3	社会保险	居家: 法定外部分个人负担; 机构: 食宿费、法定外部分须个人负担
日本 (市场参与型)	介护保险	2.7	社会保险	10%, 机构: 食宿费用个人负担
韩国 (家庭支撑型)	老人长期护理保险	0.8	社会保险	20% (机构)、15% (居家) 机构: 食餐费、高级护理床个人负担

资料来源: OECD, *Long-term Care for Older People*, OECD Publishing, 2005.

OECD, *Health at a glance*, OECD Publishing, 2015.

(二) 给付方式

近些年来,福利国家中越来越多国家引入现金给付的方式(cash for care, direct payment, consumer-directed care)。虽然现金给付的使用对长期护理市场规模的扩大将产生不利影响,但如果因现金给付而造成浪费的现象能较好控制的话,从增强个人选择权的角度来说反而会促进服务市场^①。

瑞典长期以来对护理服务提供者支付补偿津贴,但并没有启用现金给付代替服务的方式。相反,德国的长期护理保险制度实施以来,通过实物给付(in-kind),现金给付(in-cash),以及两者混合(combined)三种方式来增强护理需求者的主动权。德国的制度受益人有70%选择居家护理,在这70%当中有49%的受益人选择了现金给付^②。但问题是并没有出台相关的监管政策来监督现金的使用。曾有调研结果显示,选择现金给付的家庭中,有73%的老人选择家庭成员提供的护理,16%的老人选择了非家庭成员提供的非正式护理,其余的11%为正式护理^③。而由于现金给付的比重过高以及现金给付并不消费于正式护理,因此造成护理市场的发展缓慢。

日本曾在立法过程中对于是否引入现金给付进行过讨论,但与德国的选择全然相反。现金给付从原则上来说是完全禁止的。主要的原因是有着传统家庭主义的日本,如果实施现金给付会对社会服务的市场造成影响,同时也受到女性社会团体的强烈反对。

韩国也曾在立法过程中对于这一问题进行过争论,并和日本选择是一致的。尤其是韩国护理服务设施发展程度低,如果实施现金给付,基础设施将会在较长时间内维持低水平的现状。

① 석재은, 『장기요양 현금급여 정책의 국가간 비교 연구』, 『한국사회복지학』 2006년제 2호.

② Melanie Arntz, et al, *The German Social Long-Term Care Insurance: Structure and Reform Potions*, Bonn, Institute for the Study of Labor (IZA), 2007.

③ 석재은, 『한국 장기요양서비스의 복지혼합』, 『사회복지연구』 2008년제 4호.

表 6 部分国家长期护理服务的现金给付状况

	是否允许现金给付	是否规制	对护理服务市场的影响
瑞典	是	严格规制 对护理服务提供者资质的规制	中立
德国	是	无	萎缩
日本	否	无	-
韩国	否	无	-

资料来源：OECD, *Long-term Care for Older People*, OECD Publishing, 2005.

석재은, 『한국 장기요양서비스의 복지혼합』, 『사회복지연구』 2008 년제 4 호.

(三) 护理服务的混合经济

各国政府对护理服务市场的规制有较大的差异。对护理服务市场的规制分为设立政府最低标准 (national minimum standard), 运行主体 (ownership) 的控制、供应量 (quantity of place) 的控制。

迄今为止, 瑞典护理服务的供方绝大多数仍是公共部门。但随着民营化的推进, 民营护理服务机构的数量增加。由 1993 年的 2.5% 的比例提高到 2000 年的 13%。从构成来看, 非营利机构仅占 3%, 大规模的国际民营企业约占 10%^①。瑞典有 289 个自治市 (municipalities) 担任着提供护理服务的任务, 也承担对长期护理需方的资格审查和供方的认定, 政府对供方的资质和供方的数量进行管控^②, 对供方的运行主体并无规制。

德国长期护理保险实施之后, 从之前的以非营利组织为中心的福利混合 (organized welfare mix) 局面转变为政府、非营利机构、营利机构多元服务供给的自由竞争的非组织化的服务混合 (disorganized welfare mix) 局面^③。其中, 6 个福利协会 (welfare association) 与地方政府结成伙伴关系提供居家护理服务。但自 1990 年以来, 允许非营利组织性质的福利协会和民间营利组织自由竞争, 撬动了营利组织的发展。并且地方政府与除福利协会之外的营利组织以及新兴非营利组织签约^④。德国长期护理保险制度实施 4 年之后, 1998 年居家护理的非营利组织占比为 62%, 营利组织与公共机构占比则分别为 20% 和 18%。

日本为了维持机构护理为辅、居家护理为主的原则采用对运行主体筛选的机制。机构护理的运行主体通常为公共机构、社会福利法人和医疗法人。对机构的数量也会进行控制。相反, 居家护理供方的运行主体则是完全开放的, 对于数量也并不控制。因此居家护理自从 2000 年日本介护保险实施以来, 除已存在的运营者外, 以营利为目的的公司、非营利组织法人、医疗法人等运营者迅速增加。同时让民营资本、技术能力等参与到公共基础设施建设中, 即使用私人融资计划 (Private Finance Initiative, PFI) 的方式。并且基于介护保险法设立了政府最低标准, 在运行之前要

① Gun-Britt Trydegard, "Swedish Care Reforms in the 1990s: A First Evaluation of Their Consequences for the Elderly People," *Revue Française Des Affaires Sociales*, 2003(4).

② OECD, *Long-term Care for Older People*, OECD Publishing, 2005.

③ 유호선, 『독일과 일본의 장기요양보험제도 하의 재가서비스 공급체계에 대한 복지혼합 (Welfare mix) 분석』, 『사회복지연구』 2007 년제 3 호.

④ 유호선, 『독일과 일본의 장기요양보험제도 하의 재가서비스 공급체계에 대한 복지혼합 (Welfare mix) 분석』, 『사회복지연구』 2007 년제 3 호.

对供方实施认证。

韩国与日本相似,也需要依照长期护理保险法在事前对护理服务提供方进行认证,但为了保障基础设施的充足性,政府最低标准的要求比较低。与日本相反的是,韩国对提供方的运行主体和数量完全不控制。无论是营利组织还是非营利组织都可以成为居家或是机构的供给主体。

表7 部分国家长期护理服务的供给主体性质^①

		公共	非营利组织	营利组织
瑞典	机构护理	89.0	11.0	
	居家护理	93.0	7.0	
德国	机构护理	8.2	56.0	35.9
	居家护理	18.0	62.0	20.0
日本	机构护理	100.0		0
	居家护理	1.5	49.9	48.6
韩国	机构护理	2.0	27.1	70.9
	居家护理	0.6	15.3	84.0

资料来源: 석재은, 『노인장기요양보험정책과 정부역할: 공공성 강화』, 『국회토론회자료집』 2017년, 23-26 페이지.

表8 部分国家对长期护理服务供方的规制

	政府最低标准	供方的管制	供方数量的管制
瑞典	事后管制	无	管制
德国	事前管制	无	无
日本	事前管制	机构护理: 管制 居家护理: 无	机构护理: 管制 居家护理: 无
韩国	事前管制	无	无

资料来源: OECD, *Long-term Care for Older People*, OECD Publishing, 2005.

(四) 对护理服务市场的管制

如前文所示,瑞典不仅对护理服务供方的数量进行管制,对护理服务的市场化也有所限制。公共部门为护理服务的主要供给主体,因此服务的价格基本上标准化,服务价格竞争的余地并不大。护理提供者90%为公共部门的公职人员,护理提供者的社会保障待遇较高,且供方之间基本不存在竞争。

德国对护理服务提供者的社会保障水平较高,但根据服务质量允许价格的差异化。公共部门中,护理服务提供者的工资标准化且社会保障稳定,但对非公共部门中的服务人员管制较弱。德国的长期护理服务价格标准化,但除此之外的食餐费、住宿费依据服务质量存在差异。

日本的介护保险为了保障老年人的护理服务质量,虽然提供补充性服务,但对长期护理保险

① 석재은, 『노인장기요양보험정책과 정부역할: 공공성 강화』, 『국회토론회자료집』 2017년, 23-26 페이지.

支付的部分,并不实施价格差异化。完全由个人支付的护理机构并不被介护保险覆盖在内,被介护保险覆盖的机构均提供标准化的服务,且采用统一的价格。日本介护保险实施以来,非正规雇员数量大幅度提升,因劳工成本的降低而增加护理机构收入的现象增加。如表 9,介护保险实施前后五年的对比可见,日本特别护理院在收入几乎类似的情况下,通过减少支出的方式来获得利润。而大部分节省的开支来自于人事费用,因此特别护理院的竞争力来自于减免人力费用的所得。

表 9 日本特别护理院收支变化:1999—2005^① (单位:千圆,%)

	收入(A)	支出(B)	A-B	人事费/支出	非正规劳工/全体劳动者
1999	22632	21888	744	62.7	4.6
2005	22675	19586	3089	55.8	12.0

资料来源:박용순등,『노인장기요양보험제도가 사회복지서비스에 미칠 영향』,보건복지부,성경대학교 산학협력단,2007년,105페이지.

韩国对于长期护理基本的服务价格虽有规制,但在服务价格的规定上与德国相同,对于差别化的服务采用相异化的价格。非正规护理提供者保障程度低。这样既会让护理服务市场依据不同的服务展开价格竞争,同时也通过对用工成本的减免来增强护理机构的竞争力。

表 10 对于劳动市场的规制和护理服务价格的管制

		护理服务价格管制	
		高	低
劳动力市场的规制:护理提供者的社会保障	高	瑞典	德国
	低	日本	韩国

综上,瑞典长期护理服务领域市场化的倾向最弱,只能通过护理服务质量的竞争来增强机构的竞争力。德国在劳动力市场管制方面,由于为护理服务从业者提供社会保障,因此减免人事费的空间较小,但在护理服务价格中,对于不同质量的护理服务允许价格差异化。但在日本正相反,对于护理服务的价格有比较严格的管控,而对于劳动力市场的规制较弱,通过减免人事费的方式增强机构间的竞争力。韩国在四个国家间的长期护理服务领域的市场化倾向最突出,同时采用护理服务质量的竞争、价格的竞争和减免人事费用的方法保持竞争力。

(五) 护理服务市场的监督

护理服务质量的监督是长期护理政策的一大难题,各国为了进一步提升服务质量,从改善从业者资质、建立监督评价体系等多方面着手,表 11 与表 12 为瑞、德、日、韩四国机构护理与居家护理服务质量的政策关注点。由两表可见,无论是机构护理还是居家护理,对从业者资质的改善是四国共同的关注点,也是提升护理服务质量的根本。

① 박용순등,『노인장기요양보험제도가 사회복지서비스에 미칠 영향』,보건복지부,성경대학교 산학협력단,2007년,105페이지.

表 11 各国对于机构护理服务质量的政策关注点

问题	国家
增强对护理服务提供人员的培训；从业者资质改善	瑞、德、日、韩
护理服务质量评价与监督体系的建立	韩
增强护理服务的公平性	德
基础设施的质量和便利性（amenity）	日
供给的不足：护理服务提供人员较低的报偿、从业者时间的不足	韩

资料来源：OECD, *Long-term Care for Older People*, OECD publishing, 2005.

表 12 各国对于居家护理服务质量的政策关注点

问题	国家
增强对护理服务人员的培训；从业者资质改善	瑞、德、日、韩
护理管理者（care manager）技术的提升；服务信息缺失	日
护理服务的质量评估与监督体系的建立与改善；	德
供给不足：财政投入不足	韩
给予失智患者适当的服务	德、日

资料来源：OECD, *Long-term Care for Older People*, OECD Publishing, 2005.

（六）小结

综上，政府主导型的代表国家瑞典，其政府不仅在供给方面承担了较大的角色，从护理服务供方的准入、服务价格的规制和对劳动力市场规制方面都占据首位。社会化水平略低的市场参与型代表国家德国和日本，在政府规制程度上低于瑞典。而家庭支撑型的代表国家韩国，社会化水平低于前两种方式，民营机构的市场参与度最高，政府干预市场的能力最弱。如表 13。

表 13 部分国家长期护理服务领域的福利混合实现方式

国家	去商品化	去家庭化	规制		
			供方的准入	服务价格的规制	对劳动力市场的规制
瑞典	较高	较高	较高	较高	较高
德国	较低	居中	机构护理：较弱； 居家护理：居中	居中 （标准 + 补充）	较高
日本	居中	居中	机构护理：较高； 居家护理：较低	较高	较低
韩国	较低	较低	较低	居中 （标准 + 补充）	较低

五、结论与启示

通过以上的研究,可得到如下的结论:

首先,依照长期护理服务领域的去商品化程度、去家庭化程度可以将 OECD 国家分为三个类别。其中“政府主导型”国家(如瑞典和荷兰)的长期护理无论是公共资金的支持(税收或社会保险)程度还是制度的受益人占比都较高,市场参与度较低,政府规制程度最高。而与之相反的“家庭支撑型”主导国家,如美国、韩国、奥地利和比利时,公共资金的支出与受益人占比都较低,市场参与度最高,政府规制程度最低。除此之外的第三类为“市场参与型”国家,以德国、日本、瑞士、挪威和卢森堡为代表。这部分国家政府供给比例低于政府主导型,民营机构参与度居中,政府采用不同的规制方法来保障长期护理服务的质量。

第二,通过研究发现,虽然福利紧缩期后各国都强调收缩政府供给,加强多方合作,但政府规制实现的方式有别。在市场供给主体的准入、服务价格的规制以及劳动力市场的规制等方面侧重不同,各国政府管制的力度、角度等有别。普遍来说,政府主导型国家对市场的规制最强,家庭支撑型国家对市场的规制最弱。

基于以上的结论,对我国当前试点的长期护理保险制度的启示为:

第一,我国当前的长期护理服务领域,鼓励多元化的供给方式,重视民营资本进入长期护理领域,以改善目前政府单方供给有限的局面。这是由于我国经济发展、福利推动与人口老龄化“叠加发展”促成的。目前来看,以家庭为支撑,鼓励私营部门的参与成为我国长期护理服务事业发展的方向。然而,通过上文四国的对比可发现,家庭支撑型的国家,政府对市场的规制最弱,如果民营资本的进入不加以规制,长期护理服务质量便难以得到控制。如日本曾出现的为了压缩成本而导致的长期护理服务质量下降的问题,如果不引起足够的重视,将会在我国重演。

第二,就我国试点的长期护理服务市场发展的现状来看,参与长期护理保险的机构积极性较弱,因为对护理机构并无政策倾斜,护理机构也并未因为具有定点机构的资质而增加收入,政府如果一味的强调管理和规制,容易遏制护理机构参与的积极性。所以一方面需要政府出台政策鼓励、培育护理市场和护理人员,另一方面还需要为了保证服务质量而对护理服务进行监督。从这一点来说,我国的情况更为独特,政府扮演了培育者和规制者双重角色。

第三,先行国家已经用各种方法来规制长期护理服务市场,多措并举的组合拳方式正是我国试点期间应借鉴学习的。目前,试点地区已经逐渐暴露出亟待解决的问题。例如,虽然政策已规定补偿费用的条目,然而护理机构并未明确规定哪些条目列入护理费用中,这易于导致补偿费用与实际发生的护理费用不符,甚至出现补偿倒挂的现象,这是未对护理机构进行规制地区的常见问题。需要人社部、民政部等多部门通力合作,才能保障制度的良好运转。

Mixed Economy of Welfare in the Field of Long Term Care Services: Based on Comparative Analysis among Sweden, Germany, Japan and South

Chen Chengcheng

(School of Public Policy and Management, Tsinghua University, Beijing, 100875, China)

Abstract: Long-term care services emerged during the period of global welfare retrenchment. Differing from the unilateral supply by the government during the period of welfare expansion, long-term care services represent the sharing of responsibilities among the government, market and family. However, due to differences in economic development, sociocultural factors and benefit level, the patterns of cooperation among the government, market and family in providing long-term care services vary in different countries. This paper uses cluster analysis to classify long-term care models in OECD countries and to analyze the ways to realize the mixed welfare system under different models. It provides implications for China to improve the long-term care services in the areas piloting long-term care insurance.

Key words: long-term care services; long-term care insurance; mixed economy of welfare; cluster analysis

(责任编辑: 华 颖)