

长期照护保险制度的脆弱性分析*

——日本的启示与我国的反思

刘晓梅 成虹波 刘冰冰

(东北财经大学公共管理学院,辽宁大连,116025)

摘要:实施长期照护保险制度是许多国家应对老龄化的一种政策选择。但长期照护保险并不是万能的,它有天然的脆弱性。本文从资金的可持续性、管理、服务、评价科学性方面考察了日本长期照护保险在发展中存在的问题,并从保险制度结构、服务内容、三险关系、管理运行角度分析我国在长期照护保险制度试点过程中出现的问题,明确指出我国长期照护保险的脆弱性及所面临的风险。根据长期照护保险的制度特点,提出对策建议:在制度结构上保证统一性和差异化并存,中央和地方权责对等、界限分明;在服务层面要标准化和多元化并存,注重预防体系的构建,发展和扶持相关产业,细化照护机构功能性分类和层次性分级,制定科学的服务标准;界定医养结合相关概念,促进医养结合发展。

关键词:长期照护保险;脆弱性;老龄化;老年照护服务;日本

一、研究背景

随着我国老龄化程度的深入,高龄老人占比逐年增加,失能、半失能、失智老人数目增多,对照护服务的需求呈现长期化、刚性化的特点。长期照护保险是在当前人口老年期延长、商业照护保费高昂、家庭照护缺位的社会背景下,建立的社会保险制度,旨在为被保险人提供安全、稳定、低价的长期照护服务。近年来,我国开始尝试建立长期照护保险制度,已在15个城市展开试点工作。脆弱性是指在未来一定时期内,制度运行困难及出现问题的概率。研究脆弱性不仅是了解长期照护保险的一个重要维度,也是防范风险于未然的一个有效手段。本文中长期照护保险的脆弱性是一个动态的概念,是综合日本当前长期照护保险运行中的问题、我国试点中存在的问题以及长期照护保险作为社会保险天然存在的问题三方面提出的概念。作为社会保险的一种,在老龄化日益严重的社会背景下,长期照护保险受保者刚性增长,运行主体之间关系复杂(保险人、被保险人和服务提供者),资格认定程序烦琐,保险资金有限,只能保证基本照护服务等,突显了制度本身的脆弱性。日本虽有近20年的发展经验,依然存在许多问题,例如:护理等级认定流程时间过长,老人得不到及时护理;照护费用过高,政府不堪重负,制度的可持续性受到挑战。我国在长期照护保险的试点过程中,也出现了各地为阵、资金来源不稳定、照护市场发展动力不足、护理人员招聘困难、照护服务短缺且质量不高、管理混乱的问题,这些均体现了长期照护保险的脆弱性。探讨长期照护保险脆弱性的反映及判断长期照护在今后发展中面临的问题和挑战,是一项具有前瞻性的研究。

从问题出发提出解决策略是一种事后的补救,而从脆弱性视角出发对制度进行预判是一种风险预防。目前日本遇到的问题可能是我国日后全面推行长期照护保险出现的问题,当前我国试点中的问题是本土化

* 本文系教育部人文社会科学规划基金项目(17YJA840019)研究成果。

推行中的问题,我们不仅要把日本制度运行出现的问题作为前车之鉴引以为戒,也要兼顾我国国情下的特殊问题,所以有必要从国外、国内两个角度出发,探讨分析长期照护保险的脆弱性。

我国既有同邻国日本相似的老龄化社会下的长期照护刚性需求,也有我国特殊国情下的发展风险和脆弱性:我国老龄、高龄化程度逐年上升,人口基数庞大,若建立社会性的长期照护保险,在照护保障方面的支出必然会对财政造成巨大的压力,且由于我国各地区经济发展水平差异大,服务的公平性和可及性也将面临挑战。从国外和国内两个角度,探讨长期照护保险的脆弱性,就是从长期照护保险的发展视角出发,总结出一套以重视和减少脆弱性、最大程度降低风险为导向的发展措施,以减少长期照护保险的运行风险,在当前发展中注重提升长期照护保险的抗逆力,防患于未然。

当前我们不仅要长期照护保险制度的模式和内容进行界定,还必须了解制度运行可能面临的风险,认清长期照护保险的脆弱性,即作为社会保险本身存在的弱点和运行中可能会出现的问题,只有这样才能确保制度发展的可持续性和政策的科学性。

二、日本长期照护保险制度的脆弱性分析

(一) 财源的可持续性问题

1. 保费面临收不抵支的风险

从已经建制的日本长期照护保险的发展情况来看,资金问题一直是这项制度面临的巨大挑战。随着老龄化程度的深入,高龄老人对护理服务的刚性化需求及护理费用的高昂成本造成照护资金增长过快,虽然保费逐年增加,但仍然面临收不抵支的风险。如表 1 所示,保险金从 2000 年的 3.6 万亿日元增加到 2016 年的 10.4 万亿日元,全国人均每月保费也从 2000 年的 2911 日元增加到 2015 年的 5514 日元,预计 2020 年和 2025 年将分别增加到 6771 日元和 8165 日元。^[1]增加幅度之大和速度之快,让日本民众不安。

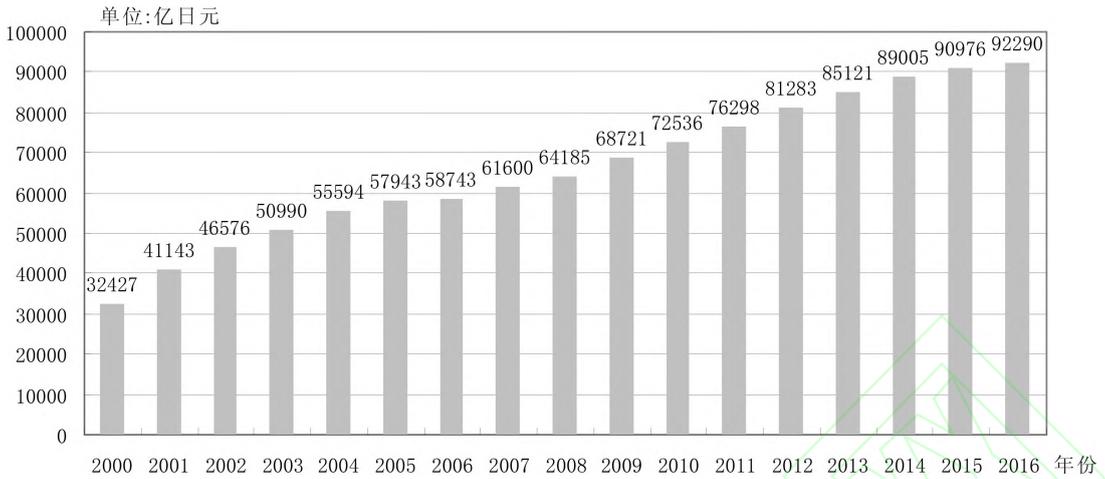
表 1 长期照护保险金和保费趋势及预测

长期照护保险经营期	保险金(总成本)(万亿日元)	保费(人均每月)(日元)
第一阶段(2000年、2001年、2002年)	3.6、4.6、5.2	2911
第二阶段(2003年、2004年、2005年)	5.7、6.2、6.4	3293
第三阶段(2006年、2007年、2008年)	6.4、6.7、6.9	4090
第四阶段(2009年、2010年、2011年)	7.4、7.8、8.2	4160
第五阶段(2012年、2013年、2014年)	8.9、9.4、10.0	4972
第六阶段(2015年、2016年)	10.1、10.4	5514
2020年、2025年		6771、8165

数据来源:张晏玮,栾娜娜.日本长期护理保险制度发展方向及对我国的启示[J].社会保障研究,2017(2).

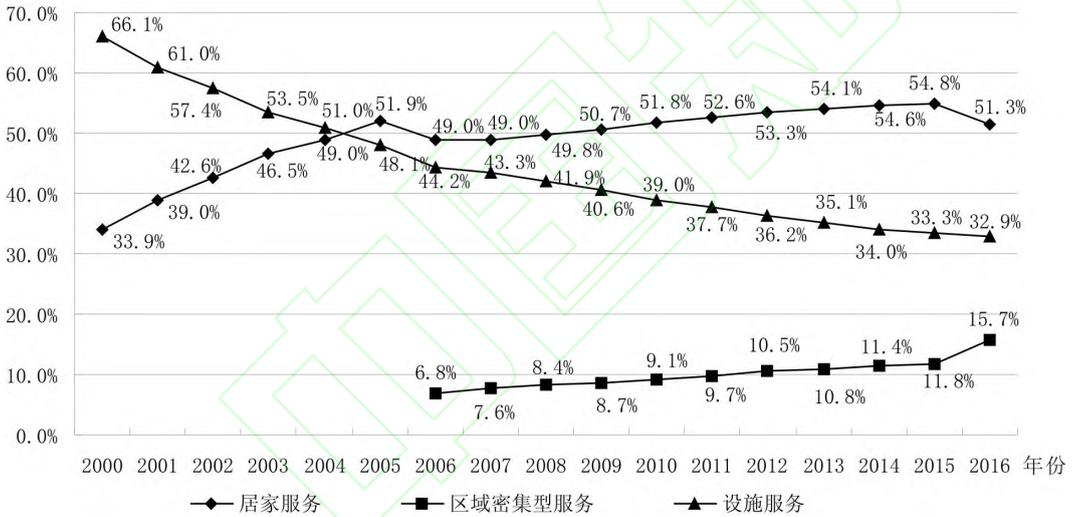
自日本实施长期照护保险以来,保险费用支出一直处于上升状态。如图 1 所示,支出额度从 2000 年的 32427 亿日元,上升到 2016 年的 92290 亿日元,增长了近 2 倍,且快于保费的增长速度。另外,日本长期照护保险服务机构是有法人资格的服务机构和民间企业。日本长期照护保险在机构护理服务层面的支出很大,国家财政受累。目前,长期照护保险对服务机构支付的保险报酬平均缩减 7%,导致服务提供机构的经营状况恶化,相继出现了破产倒闭的现象。

在实施初期的 2000 年,日本居家照护服务、机构照护服务的照护使用费分别为 996 亿日元、1940 亿日元,占总费用的 33.9% 和 66.1%,在经济不景气的背景下,加剧了日本政府的财务负担。因此,日本政府开始缩减机构支付费用,越来越重视社区养老服务。如图 2 所示,支付“设施服务”的资金在逐年减少,对区域密集型养老机构的支付有所上升。截至 2016 年 4 月,日本在居家服务、设施服务、区域密集型服务方面的照护使用费分别为 3626 亿日元、2336 亿日元、1120 亿日元,分别占总费用的 51.3%、32.9%、15.7%。



数据来源:日本厚生劳动省.平成 26 年度介護保険事业状况报告(年报)[EB/OL].[2018-12-28].<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoo/16/index.html>.

图 1 日本长期照护保险各年费用支出情况(2000—2016 年)



数据来源:日本厚生劳动省.平成 26 年度介護保険事业状况报告(年报)[EB/OL].[2018-12-28].<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoo/16/index.html>.

图 2 日本各类服务支出情况统计(2000—2016 年)

另外,日本长期照护保险的总费用在 2017 年已经增加到了 9.8 万亿日元,而日本团块世代^①将在 2025 年达到 75 岁以上。预计 65 岁以上人口在 2042 年达到高峰,约有 338 万人,75 岁以上老人(在 2000 年仅有 901 万人),在 2025 年将增加到 2179 万人,之后增幅会平缓。但 85 岁以上的人口在 2025 年将达到 736 万人,在 2035 年将增加到 1015 万人。65~69 岁、75~79 岁、80~84 岁、85~89 岁老人的需要看护认定率分别为 32%、13.5%、30%、50%的老人需要看护,需要看护的人数将持续增加。因此,2025 年的护理费用预测为 18 万亿日元~21 万亿日元,全国 1 号保险人(65 岁以上的参保群体)的平均保险费将增加到每人每月 8165 日元。^[2]

2.个人、家庭长期照护保险负担日趋增加

2000 年,日本长期照护保险开始实施,规定个人负担总费用的 10%。2011 年改革规定,65 岁以上的老

① 团块世代是指出生在 1947—1949 年婴儿高峰期的一代日本人。

年人中,收入是前 20%的,且年合计收入 160 万日元以上的,个人要负担长期照护保险费用的 20%。2017 年,规定又把个人负担提升到 30%。长期照护保险也设定了高额护理费用的最高个人负担限额,月均最高限额在 2017 年以前是 4.44 万日元,2018 年以后上升到 5.76 万日元。^[3]另外,进入养老机构以后,饮食费和住宿费原则上是给予补助的。但 2014 年规定,如果老人有一定存款,则不予以补助。对那些有存款的老人,今后个人负担比例有可能会进一步提高。总体趋势上,个人自付比例越来越高,负担越来越重。

另外,2014 年改革规定,只有照护级别为 3 级以上的重度失能失智老人,才能进入特别养护老人机构,而之前 1~2 级也可以进入。这样就产生了一批“照护难民”,这些老人仍需要家庭或社区来照护,加重了家庭和个人的负担。同时,该规定把没达到照护级别但是属于要支援的 1~2 级人员(照护预防部分)从长期照护保险对象中剥离出来,转移到地区援助事业对象中,通过居家和社区服务来解决他们的养老。但是各地区援助事业中的居家和社区服务差别大,公共服务不均等显而易见。

建立长期照护保险的初衷就是为了解决家庭照护能力弱化的现实问题,然而在制度的具体运作上,各国都相继走上了以居家护理为主、机构护理为辅的发展路径,很大程度上是因为当前机构护理成本高以及财政负担压力大,但这违反了护理社会化这一建制初衷,把照护责任又推回给了家庭,不但没有减轻家庭照料护理老人的负担及解放家庭劳动力,反而让人对建立社会化长期照护保险、提供社会化照护服务的宗旨产生怀疑。据统计,日本在 6 年间出现了 153 起照护杀人事件,虐待老人和离婚现象也时有发生,这说明照护服务回归家庭的举措未必百益无害。开源节支固然是一项制度持续运行的基础,但是如果单纯为了降低制度运行成本,就逐渐缩小参保人照护方式的选择范围,会使护理服务多样性受损,甚至可能带来悲剧社会事件。

(二)管理问题

1.服务提供方的管理问题

日本建立的照护管理体系采用雇佣注册经理的方式,来为老人选择护理服务提供人力咨询和支持,帮助老人选择最适合自己的服务方式。但注册经理受雇于私人机构,可能倾向推荐自己所属机构营利空间大的护理产品和照护服务,这种出于利益关系的咨询导向,很容易产生道德风险,出现夸大服务内容、供给需求不匹配的问题。

长期照护保险不同于一般性的社会保险,它不仅要提供长期照护方面的资金支持,同时也要提供可及的长期照护服务。就像医疗保险中医疗方与患者之间的道德风险,在长期照护保险运行过程中,一方面,服务提供者很可能为了照护资金,夸大老年人的服务需求,另一方面,老年人也更青睐并享受高级的长期照护服务,希望得到更多的照护和安慰。所以很容易出现照护等级判别不实、需求过大、照护费用高涨的情况,部分长期照护服务机构还通过伪造业绩等不法行为来获取照护报酬。为制止长期照护服务市场中一些企业通过虚报捏造长期照护服务来扰乱市场秩序,日本在 2008 年对此问题进行整改。这深刻说明建立严格的照护机构业务管理体制对长期照护保险的发展至关重要。

2.烦琐的审查程序带来成本与时间的消耗

不同于一般的社会保险,长期照护保险在待遇给付时,需要遵循严格的审查程序和判定标准,对申请人的生活能力、照护需求进行严格的调查和判别,这一过程无疑会消耗巨大的人力、物力。在日本,接受长期照护服务,需要经过两次审查认定,在明确了照护等级之后,还需要协同申请人及家属,进一步完善长期照护服务的时间和内容。不仅如此,政府每半年还要对参保人的照护等级再次核实,情况如有变动,还要相应调整照护等级及服务内容。伴随而来的巨大人力投入、时间成本、资金消耗,对于高龄化如此严重的日本,是相当大的开支。日本在资格审查方面明确:只有 65 岁及以上的老人和部分 40~64 岁之间有照护需求并通过资格认定审核的申请人才能享受照护保险,且待遇水平与被保险人的照护判定级别相协调。其中,单就身体机能检查这一项,就有 80 多项考察内容,这些让日本的长期照护保险背负着沉重的制度运行成本。

3.地方逐渐出现主动性不足的问题

日本长期照护保险制度贯彻由中央进行宏观领导和控制、基层政府市町村实施区域统筹的行政管理体

制,这一方面能调动地方的积极性,另一方面中央层面也能更好地进行顶层设计。为应对制度运行中的问题,中央几乎每3年就要对长期照护保险资格认定、服务内容等具体方面,做统一性地调整和增减,这让刚刚理清地方问题、适应发展情况的地方背上了转型负担,打击了地方的积极性,伤害了地方主动解决问题、寻找适应本地发展方针的自主权。由此一来,地方政府很容易因与中央地方政策不统一,陷入矛盾两难的境地,最终出现疲于应付中央的被动局面,不再积极主动探索适应本地区的长期照护保险制度及发展适合当地的聚焦政策。从2003年开始,日本长期照护保险制度改革的着力点在于要实现老年人照护服务的地区化、社会化,维持制度的可持续性。如果中央层面一味因费用支出压力,就开始削弱地方运作的主动性,介入长期照护保险服务具体内容的管辖,那么不仅会伤害地方运行,还可能间接损害投保人的利益。

作为借鉴,我国在建立长期照护保险的过程中,应确保中央和地方在事权财权上权责明晰。此外,在原有的制度框架内,可由中央适度放权,借此鼓励、带动地方发展长期照护保险制度,创新服务内容,让央地关系张弛有度、有序和谐,发挥各自最大的效用。

(三) 服务问题

1. 护工数量短缺

不管是在1995年就建立长期照护保险的德国,还是在2000年实施长期照护保险的日本,都存在护工人员队伍不足、护工数量短缺与服务需求迫切的矛盾。这主要是因为这些国家的老龄化、高龄化程度都比较高,老人占比逐年上涨,在短时期内形成的对长期照护的庞大需求让照护行业的发展有些赶不上。护工流失严重、稳定性不足造成护工数量难以保证。在日本,照护机构的正式员工仅占一半,兼职人员却占有相当大的比重,其中上门照护服务的正式员工不到20%,兼职人员却接近80%。日本厚生劳动省关于照护机构的调查显示,导致照护人员招聘难的主要原因依次为“工资低”“工作比较辛苦而且脏”“照护职业社会地位不高”“假期较少”等。不高的待遇水平、繁重的工作任务让很多人对护工这一职业望而却步。日本2008年的改革就提出要加强照护设施的监管和提高从业人员待遇。

2. 照护服务增长受限,机构总量受控

在日本,为控制长期照护保险的高额费用支出,厚生劳动省指示,在町村开设的介护服务机构只需覆盖老年人口的3.4%,且接受二级以上护理等级的老年人口要控制在该基层行政单位老年人口的37%(截至2014年)。在市町村采取总量控制的政策下,“特别养护老年之家”“认知症生活照料之家”等机构都受到总量限制的影响。护理服务供给远小于需求的情况势必会使机构入住条件的规定更加严苛,易引起投保人的不满。这样一方面不能惠及有需,有损长期照护保险建制的初衷,另一方面,也打击了民众参保的积极性和热情。长期照护保险的费用支出高、收支难平衡的问题虽需要重视,但不应通过遏制市场需求、控制服务数量、限制机构数量等政治手段来解决。

3. 社团法人、民营护理机构发展动力不足

日本在2003年和2006年为控制保险费增长,下调了整体的护理报酬水平。2014年日本基本工资结构调查数据显示,照护管理者的年度奖金和其他薪酬为59.42万日元,远低于社会平均值87.2万日元,^[4]另外,在照护行业中,离职情况也很普遍。与此同时,各类护理机构在经营上出现动力不足的现象。一方面,政府减少了对机构的资金支持力度,在待遇支付上有一定松动;另一方面,政府还严格控制老人的护理费用支出,人为紧缩护理需求。

4. 服务不及时的问题

日本实施长期照护保险制度后,希望进入养老机构的人越来越多,老人们排队等待进入养老机构的现象是很普遍的。由于担心一个机构等待时间长,很多老人同时申请2~4个养老机构。厚生劳动省的统计清楚地显示几个都道府县有重复计数。一方面,很多养老机构没有处于严阵以待的工作状态,有的养老机构甚至连电话也不定期打;另一方面,从等待进入养老机构的老人角度来看,他们不仅抱着“不安”的心情等待,同时,疑问也得不到及时解决,例如“还有多少人轮到自己呢?”“要等多久?”“我们是不是被放任不管了呢?”

等长期照护服务不及时导致服务供给无法有效满足老人需求。

(四) 评价的科学性问题

首先,在评定照护等级的时候,只根据老人本人的身心状态来计算需要照护的时间,没有充分考虑家庭成员的身心状态、老人的居住状态等。结果不管是独居、老老照护、5~6个家庭成员一起照护,判定级别都是一样的。其次,经济状况和房屋居住状态也都不是级别判定依据,结果是,无论“贫困”还是“富裕”,“单人”还是“大豪宅”,判定级别都是一样的。第三,已经被照护的时间也没有被考虑,结果是在家里被照顾1个月和照护10年以上,判定级别是一样的。总之,日本始终坚持“个体评价”,即坚持德国型的评价标准。

此外,在对认知症的评价项目中,也有不公平的地方,主要是计算的时间比较短。比如那些经常独自外出走失的老人,通常被认为是重度认知症,但事实上,只要身体没问题就不被列入高级别照护范围,只能被归入1~2级,这里没有充分考虑守护他们的时间,因而照护时间很短。

日本在进入特别养护院的资格认定上,给地方政府自主权,各地可以自己制定具体实施方针。因此,各地的标准都不尽相同,而居于不同地区的老人,其享受长期照护保险的机会也不同。

通过对日本长期照护保险制度的问题点进行梳理,可以看出,长期照护保险虽然有很强的契约性和普遍性特征,但也有其必须面对的脆弱性。长期照护保险制度是一把双刃剑,在制度实施时要尽力防范各种风险,把风险降到最低,才能使制度顺利实施。

三、我国长期照护保险制度试点的脆弱性分析

基于未富先老的国情,我国也尝试以社会保险方式来解决老年人的照护问题。2015年,我国在15个地区实施长期照护保险试点。本文通过对这几年的试点实施情况进行总结,发现长期照护保险方案在制度结构、服务内容、相关问题的界定和衔接以及管理上都存在很多问题,反映出试点方案的脆弱性。我国应对试点方案进行总结与反思,及时认清问题,否则,将会影响制度全面铺开的效果。我国长期照护试点方案的脆弱性既有与日本相同的问题,也有自身独特的问题。

(一) 保险制度的结构问题

1. 筹资方面

首先,各试点城市在长期照护保险的资金来源方面不甚相同,筹资渠道存在多样化的特点。目前筹资渠道主要分为三类:第一类是综合个人缴费、医保统筹结余资金划转、财政补助三种方式进行筹资,主要以上海、南通、安庆等地为代表;第二类除了政府、单位、个人需要承担资金责任外,还接受社会团体、个人捐助、福彩体彩公益金等资金,形成了多元的筹资形式,以宁波、苏州为主要代表;第三类则单靠社会医疗保险资金的结余划转、个人账户结构调整来进行筹资,个人和单位无须缴费,以青岛、长春、成都等地为代表。^[5]

综上所述,各地在筹资结构上没有统一,且长期照护保险资金来源很大程度依附于医疗保险,这样不仅不利于制度以后的统一,也不利于长期照护保险这一单独险种的长期发展。长期照护保险若依附于医疗保险建制,其支付范围、服务方式都会受到牵制。而医疗保险和长期照护保险本就是不同的险种,建制目标和服务内容都有一定差异,所以长期照护保险应该有单独的筹资机制,不能与医疗保险混同,这样才能保证长期照护保险有稳定持久的资金来源,医疗保险也不会因照护费用支出过多,出现资金短缺的问题。

其次,筹资方式和标准差异大。在筹资方式上,有些地方采用定额筹资,有些地方采用比例筹资,还有一些地方选择混合筹资,且采用后两种方式的地方,在筹资比例上也千差万别,具体表现在不同人群的缴费不例不同(职工和居民);此外,一些地方以年龄为界,不同年龄段缴费不同,还有一些地方缴费基数也不尽相同,有的以社保平均缴费为基数,有的以可支配收入为基数。

第三,各地的筹资标准普遍偏低,难以应对深度老龄化社会背景下日益庞大的照护需求和高昂的医护费用。究其原因,一方面是当前政策倾向降税减费,借此减轻企业、个人的社会保险缴费负担,另一方面是长期照护保险尚未建制,没有单独的资金来源,多依靠基本医疗保险的划拨和账户调整,而医保基金的结余状况

也并不乐观。

2.保障对象

第一,各地保障人群范围不一致,大多只将参保职工纳入范畴,有损公平。各试点地区建立的长期照护保险制度,多仿照德国长期照护保险模式,遵照“长期照护保险因循医疗保险”的原则。参加长期照护保险的人群多数也是医疗保险的覆盖人群,且主要以职工群体为主。各地对于居民参保有一定程度地保留,背后的原因是居民医保个人缴费少,财政补贴多,如果长期照护保险覆盖居民群体,资金必定难以为继,财政也会不堪重负。但是长期照护保险覆盖对象本就存在群体差别,忽视居民群体不符合社会保险的公平性原则,肯定会广受诟病。

第二,覆盖人群界定关系受益人群,定位不能随意,否则日后统一困难。我国到底应该建立一种像德国一样全民皆保的社会保险,还是像日本一样,建立一个针对特殊人群保险,只覆盖40岁以上的人群,一直有异议。各地在这方面的发展情况也不尽相同,基本都是从部分群体入手,后逐步展开。虽说长期照护保险的受众以老年人居多,但是也不排除有些非老龄个体也有长期照护的需求,如失能失智的中年群体、残疾人群体等,他们同样有长期照护的需求。是在建制之初就将这些人群纳入保障范围,还是先以失能半失能老人为主,都是在建制之初就应该思考的问题。因为覆盖范围的界定很大程度上又会决定筹资标准、比例等一系列问题,保障人群的界定同样也代表着一项制度的建制目标,所以明确受益范围至关重要。现阶段各试点城市都根据自己的城市需求现状,初步划定受益人群,随后慢慢扩展。但是如果要将长期照护保险提到国家层面作为社会基本保险的险种之一,必须做一个统一的规范,一方面明确了受益群体,使受益资格不再有争议,另一方面也方便制度日后的持续推进。

3.资格认定标准问题

各地在照护需求认定和等级评定等标准体系和管理办法上各有差异。资格认定方面,各地松紧不同,评判标准不一。有些地区按照评估等级来划分,有些地区根据百分制的打分情况来进行资格认定。有些地区有明确的量化标准,如以 Barthel 指数评定量表为参照,但具体如何评定和量化,没有明确的操作说明;有些地区标准含糊,只是大致规定了受众人群,如成都在可以享受保险待遇的条件中,对参保缴费的时间进行限定。各地不仅标准差别很大,设置的照护等级数目也不一样,对于是否将认知能力纳入失能的考虑范围各地也有不同做法。所以亟待在国家层面统一分级,设置标准,进行针对性的服务。

长期照护保险享受资格认定标准不一致,必定会带来地区上的不平等。在失能程度的界定上,任何人的生理情况都可以用一个统一的标准来进行量化,不应该存在地区上的差别,加剧评判过程的不平等。可以依据全国老年人口的生理状况调查,建立全国统一的护理分级标准体系,为日后统一实施长期照护保险制度奠定基础,以促进制度的平稳运行。

4.各地关于经办第三方、承办第三方的选择问题

对于长期照护保险资金的管理方、失能等级的评估方由谁来做,各地的选择也不一样。这对于全国制度整体层面的统一无疑又是一个隐患,尤其对长期照护保险这种利益主体多元、多方参与的制度来说,选择更需要谨慎。一些地区如青岛、南通等地,社会保险机构作为经办主体,参与制度运作;一些地区如宁波,上海地区,由医疗保险机构来承担经办任务;一些地区为了发挥市场作用,明确规定委托商业保险机构承办长期照护保险业务,政府用医保资金账户结余统一为参保人购买长期照护保险产品;有的地区规定由第三方专业机构承办保险业务,但具体是哪个机构,却不甚明朗。

不论是经办方,还是承办方,都是照护服务机构和参保人之间的桥梁,担负着重重要的成本控制和监督管理职责,所以不管是由政府直接经办,还是委托商业保险公司跟照护服务提供方进行谈判,都应该有具体的管理规范,避免道德风险和逆向选择。

5.待遇服务方面

各试点地区长期照护保险的服务内容和形式有差别,支付比例也差距悬殊。从服务形式上来说,各地基

本采用了机构照护这个形式,居家照护和社区照护各地选择不同。在服务内容方面,大多试点地区规定了具体的服务内容,而在安庆、上饶地区就没有明确照护的内容,只是由经办机构与服务机构协议约定服务内容,上海则只对住院时期的医疗照护服务内容有所规定。按发展时间来看,探索周期较长的青岛在服务内容方面,种类多样,也更具有人性化,已经囊括了定期巡护、基础照护、专科照护、特殊照护、营养指导等不同种类,且针对不同群体开展多样化服务,这非常值得其他地区借鉴、参考和学习。

在长期照护保险的待遇水平上,各地参差不齐,因此造成的待遇不公平现象也是亟待解决的问题。具体表现在:首先,各地封顶线标准不一,有些按天封顶,有些按月封顶,例如齐齐哈尔按日定额,成都、南通等地按月定额;其次,基金支付比例从40%~90%不等,可谓差距悬殊,其中南通、齐齐哈尔、安庆报销比例低于70%,也有部分地区对基金支付比例没作具体规定,如荆门、宁波等地;第三,在费用的报销范围上,有的地方覆盖范围广,有的只覆盖护理床位。

(二)服务内容方面的不足

1.前期风险评估不足

前期调查欠细节性,风险评估不足,具体表现在生理状态的调查、市场照护费用的调查、普通家庭负担能力的调查、需要服务类型及数量的调查、老年人个人消费倾向调查方面。

对于养老服务的提供,各试点地区基本都是依托现有的养老机构、医疗机构,进行适当的功能性调整和服务转型,来提供医养服务。但照护服务的提供首先应基于老人和家庭的实际需求,而不是在未调研清楚的情况下,就想当然地进行。为了提供真正满足老人需求的照护服务,应先对老人的生理状态做一个全面的普查或抽样调查,以服务需求、失能程度为基准做一个初步统计,再细化服务类型,统计需要各种服务的人群数量,这样在服务机构数量和服务类型上做出的具体设计才不会盲目,也避免了与需求不匹配的问题。

首先,对于照护费用的支出,为了确保制度的精确设计与良性运行,需要在了解市场照护服务定价的基础上,明确保险支付比例和个人额外自付比例,即普通家庭在照护费用支出上能够承担多少,保险支出又应该支持多大的照护费用开销,才更合理;其次,对于老人的服务需求,前期需要大量的访问调查,弄清楚老人偏向于哪种服务类型,是护理型、保健型还是娱乐文体型。这样才不会出现老人对服务方式和内容不甚满意的尴尬局面。当然这么做也有利于私人市场掌握老人的需求特征,有针对性地做出反应。

2.服务内容和质量评价方面标准性不足

在服务供给层面,服务的标准性不足突出体现在服务内容、质量、时间的标准性方面。我国照护服务市场机制不完善,各试点地区对于老人护理服务的提供基本上都是统而划之,没有一定的参考标准,服务内容(即服务什么)、服务时长(服务的时间)、服务标准、服务效果、服务费用、负担比例等方面,都存在标准不明、细节不突出的问题,没有具体的规制和可供参考的标准。此外,没有建立起与服务内容相匹配的评价机制,让老人对提供的服务做出评价,给出合理的建议,方便服务水平的提升改进。服务评价的缺失,让老人难以自由选择适合自己的照护服务,按照自己的需求得到满意的照护。标准化的管理模式对照护服务的发展至关重要,一方面,它客观上提供了服务考量标准,有利于对服务质量进行督促,另一方面,它也能让被服务者了解服务的具体内容,自主选择合适的照护服务,提出改进意见,方便家人知情护理服务及了解照护状况,侧面起到监督的作用。

标准化的管理模式对照护服务市场的发展至关重要,无论是服务方的资质准入还是具体服务内容,无论是对服务机构的监管还是对老年人服务质量的保障,切实、精细的标准都是非常必要的。

3.照护服务分散化,供给匮乏

面对巨大的照护要求,我国在照护服务供给能力上相对落后,照护服务呈现分散化、供给匮乏的现实状态。分散化是说医养结合衔接融合性差。供给匮乏具体表现为护工的数量短缺,服务水平欠佳。我国的护工行业,制度性规则不明。从业者中流动人口居多,职业稳定性不足。这样一来,一方面,老人难以适应变数较多的护理服务,另一方面,家人对于护工的专业水平抱有怀疑,不放心外来的照护服务。就服务质量而言,

许多人反映照护专业水平低,医学技术性不足,病理性照护功能弱。很多护工也就是做量血压等基础工作,明显不能满足老人的医护需求。这说明我国护理人员的管理、资质培训机制不完善。可效仿德国,兴办照护培训项目,恢复护理职业等级证书制度,开设中专、大专、大学等多个层次的学历教育,在学历等级和职业资格上对护工做一个规范,从而提高护理服务水平。同时让照护服务成为一个独立、正规的行业,使护工的资质认定、社会地位、待遇给付的提升都有可参考的标准和发展空间。

4. 照护和养老的定位,融合方式欠佳,不能有效满足老人需求

对于是融医入养还是融养入医,以及医入养的程度是多少,各地都没有一个标准。护理与医疗和养老之间范围的界定、相互衔接问题一直不甚明了,这导致在试点中,服务很难真正实现医养结合。就试点情况来看,青岛以医疗照护为主,有关生活照料的服务较少,服务之间的接续性不足,融合度不高。照护和养老在老人服务的定位上虽然没有明确的标准,但是可以确定的是,没有护理服务只有一般性照料的养老服务对于普遍多病的老人不切要害。而只有病理性照护没有日常养老服务(如生活照料、情感慰藉等),不论是在道义上,还是在人性化上都有所欠缺。所以如何定位照护和养老,将两者适时地融合起来,为老人提供一种既专业又具有人性化的服务,是各个服务提供商和试点城市政府需要思考的问题。

(三) 三险的协同关系不明,权责不清

1. 三险各自的责任范围没能理清,贸然建制,有损日后长远发展

长期照护保险与医疗、养老保险不论是在服务内容上,还是在保障对象上,都有千丝万缕的联系。一方面,长期照护保险与医疗保险在服务内容上存在连续性和相似性,相似性指两者都需要专业的医疗护理服务,连续性指老人在疾病治疗完毕之后,可能马上需要长期照护服务的提供;另一方面,长期照护保险和养老保险在给付对象上有很程度的重合,都是以老年人居多,在长期照护保险的资金征缴上,有的国家将长期照护保险直接从养老金中扣除,此外,这两种保险者都分为居家、社区和机构三个服务层面,服务内容上有相似性,都有生活照料的成分在里面。

除了相似点,长期照护保险也明显不同于医疗和养老保险。首先,长期照护不同于一般的养老服务,它的技术性相对强,需要依托照护人员;其次,长期照护保险属于长期项目,一般是年轻的时候缴费,年老的时候享受待遇,基金利用的时间跨度长,重在积累,而医疗保险,属于短期项目,强调年度平衡,主要是对医疗费用的一个补偿。长期照护保险除了要提供相应的资金支持,更多地还要提供可及的照护服务。

这样看来,长期照护服务既有生活照料的一般性,又有病理性护理的特殊性,长期照护保险跟其他两个险种有共性,也有区别。所以如何在费用支出上界定三险的资金覆盖范围,做好三险在服务供给层面上的有序连接,确保在费用负担上相互平衡,是应该在建立长期照护保险制度前就思考和明确的,否则定位不清、界限不明带来的制度成本是难以估量的,也会影响三险各自的运作。

2. 衔接性问题尚未解决,原则程序性问题没有理清

对于医疗保险和长期照护保险的衔接性问题,一直是有争议的。老年人慢性病的治疗是划归医疗保险的报销范围,还是划归长期照护保险的保障内容?医疗服务和照护服务的界限在哪里?如果有双重资格老人,具体的认定标准又是什么?由哪个险种来分担,各自分担的比例又是多少?这些都是需要考量的问题。

试点的绝大部分城市选择划拨一部分医疗保险结余资金或是通过调整医疗保险的缴费比例来筹集长期照护保险的资金,这样长期照护保险在建制之前,就与医疗保险扯上了关系。我们需要明确的是医疗保险和长期照护保险分属不同的险种,保障内容也不尽相同,如果单纯为了尽快解决现实需要,就急病乱投医,将长期照护保险建立在医疗保险之下,那么随着照护需求的上升及老龄化程度的加深,医疗保险很可能难以承受高额的费用负担,不仅不能辅助长期照护保险建制,反而可能使自身的运行受损,对长期照护保险未来的发展埋下很大的隐患。

任何险种的建立,都应该有明确的建制取向和目的,如果没有在建制原则、保障人群、执行程序上进行合理的设计和细致的规划,上赶着建立制度,即使当前问题不大,也有损长远的发展运行。

(四)管理当中的问题

1.建制模型的选择不明确:统筹模式还是地方运行模式

建制需要一个结构性的规划,明确地方和中央在制度运行层面各自的责任。全国统筹的长期照护保险制度是指在全国范围内所有地方的缴费比例、保障水平、待遇服务都是一致无差别的,资金短缺、结余由中央政府负责,地方政府不承担责任。地方具体运行的管理模式是指由地方独立负责征收、管理保费,审核服务等级和内容,中央政府负责顶层设计和监督,以保证长期照护保险制度的正常运行。不论选择哪种运作方式,都需要明确中央和地方的管辖范围,界定各自的权力,匹配与之相适应的职责。

在进一步发展长期照护保险的进程中,我国应该在建制模型上做一个选择,是选择全国统筹,即在全国范围内统一标准建立长期照护保险,还是选择中央顶层设计,地方自主管理,因城施策,即赋予地方相对更大的自主权。在笔者看来,由于照护服务的特殊性,因地制宜地开展照护服务能有效满足老人的需求。在制度大框架的设计上,特别在诸如资金来源对象、照护分级标准等原则性问题上,应做到全国性的统一,但在缴费比例上可以根据城市的发展情况制定相应标准。总之,在能统一的地方要坚决设立和执行全国统一标准,在有争议、难统一的地方,可以适度调整。

2.中央和地方在财政和管理上责任范围不明

明确了建制模式后,还要对中央和地方的财政和管理责任做出更加详细的划分。在财政方面,应该明确各自应该承担的比例是多少;在管理层面,应明确中央的管辖范围界限在哪里,地方的自主权又有多少。这些不仅是原则程序的权力划分,也是职责的相应匹配。一方面要保证中央和地方各自的权力范围,方便地方政府自主发挥,有的放矢;另一方面,对地方政府职责进行界定。只有权力和责任同时明晰,才能保证制度运行平稳,同时富有效率。

四、日本的启示与我国的反思

长期照护保险作为一个新兴险种,不论是在国际发展还是在我国初步探索上,都历时较短,而且实施长期照护制度的国家并不多,其中实践经验丰富的日本也出现了许多问题,反映了长期照护保险制度的脆弱性。我国正在试点阶段,更需要谨慎而行,既要认识到建立长期照护保险的紧迫性,也要认清它的脆弱性和问题点。方面,要积极认识和发现我国试点中的问题,具体问题具体分析,另一方面,要总结日本的经验教训,为建立更加可持续、可操作的长期照护保险制度打下坚实基础。

(一)制度结构上

长期照护保险作为一种社会保险制度,其理念是“对被照护者进行自立性援助”,因此,应以人为本,充分考虑个体具体需求,因人而异制定照护计划。另外,从制度性质上看,长期照护保险是一项社会保险制度,应确保全员参保,否则会产生逆向选择等问题。与此同时,保险费用要政府、社会、个人共同负担,多元集资,保险对象要覆盖全体成员。既要注重制度的公平性,也要重视制度的效率性。

第一,制度的统一性和差异化并存。为避免长期照护保险制度的碎片化问题,建制初期应该在护理等级评估标准、护理人员资质认定、机构准入等方面进行全国性的统一,而在有争议的筹资来源、负担比例等方面,可依据地方发展情况建立各自的标准,在制度运转稳定后,再根据现实情况进行整合。在日本,长期照护保险的运作主体是与居民最贴近的基层组织单位——市町村,其负责征收、管理长期照护保险费用,审核照护等级和服务,而中央政府负责制度的顶层设计,监督市町村工作,保证长期照护保险制度的正常运行。日本在长期照护保险制度运行过程中,能及时调整政府的角色定位,弹性调控地方的权限和责任,保证制度运行的可持续性,这种松弛有度的央地关系值得借鉴。当然,日本也有教训,其统筹层次太低,与保险的大数法则背道而驰,风险防范能力弱。日本最新改革已将统筹层次扩大到省(都道府县)一级,这也是该国为防止部分地方照护保险基金失衡出台的具体解决措施。对此,我国也应该汲取日本的教训,在制度建立初期就实现省级统筹或国家级统筹。

第二,中央和地方不论是在资金负担比例,还是在管理权限上,都应权责对等,界限分明。一项社会保险制度的顺利运行,需要中央和地方在义务上对等匹配,在权力上相互制衡,合理分担共同的责任。日本建立了中央顶层设计、基层组织具体负责的行政管理模式。中央和地方在权力和责任上是对等的,不论是资金还是管理,央地两级也是有明确划分的。日本照护保险的保费由政府、企业和个人共同负担,而政府负担部分,中央和地方各自要承担一半。另外,无论个人是否有需求,都一视同仁缴纳保险费,强调保险中的个人责任和自我保护原则。对此,我国也可借鉴,导入个人缴费机制。

(二)服务层面

1.重视预防

日本政府注重预防体系的建设,早在2005年的改革中就提出新增护理预防服务,坚持从老年人的自发性、社会性、主体性出发,建设各类极具创意文化理念的护理机构,项目囊括了体检、康复、文娱、运动治疗等内容,充分体现保健、医疗和护理服务的整合,通过疾病预防和社会支持工作,减少进入护理状态的老人数量,控制照护需求快速增长,缓解长期照护保险资金收不抵支的压力。2014年的改革把需要援助的部分老人分散到社区,充分利用社区的资源,建立友好共生型社区,帮助老人长久地保持健康。社区会定期举行护理会议,还积极联系康复机构展开合作,有效开展预防性护理服务,同时政府还加大失智预防和治疗研究力度。在2017年《护理保险法》的修订中,日本提出依据大数据制定护理保险业务(支持)计划,包括患者自助护理和预防重度化措施。此外,非营利组织、老年机构和业主联合组织等也积极参与为年老者提供的生活援助和预防性的护理服务,致力于打造集医疗保健、护理、预防、住房及生活援助为一体的综合照护网络。

我国虽已经发布健康老龄化的一系列政策,但具体实施策略还很欠缺,对此我国应该未雨绸缪,借鉴日本经验,注重预防体系的构建。在轻度老年期,即老人自我照料能力普遍还可以的时候,可以多开展老年群体的保健、疗养、运动娱乐休闲活动,激发老人参与社会活动的热情,鼓励他们多参与、多锻炼、多社交,防患于未然,能够有效减少后期出现的失能、失智现象,进而减少未来类似日本的“护理费用逐年高涨、保险基金入不敷出”的可能性。

2.完善配套产业,助力长期照护保险的发展

长期照护保险制度的发展还需要完善的护工职业发展体系、发达的医疗器械租赁产业等来匹配。日本在创建介护保险制度以后,就迅速建立了与之匹配的护工培训和管理机制,培养了一大批专业性强、医护知识完备的专业护理人员,满足老人的护理需求。此外,护理服务一般会使用专业的医疗设备。在日本,医疗设备租赁产业也很发达,已经有相当的规模和专业优势,能满足老人在医疗器械方面的使用需求。所以我国不仅要关注制度的具体建构问题,也要注重与之相关的人力支撑和配套产业发展。

为了使医、养、康、护四者融合发展,让老有所医、老有所护、老有所养不再只是一个口号,我国应该建立与长期照护保险相匹配的护工培训和管理机制。一方面,扩大护理人才队伍,解决照护人员医护知识不足、专业水平欠佳的问题,突破照护服务市场发展乏力的现实困境;另一方面,建立照护服务的职业等级制度,形成靠职业能力高低论待遇水平的良性行业风气,通过学历、专业技能的门槛限制,有针对性的提高照护人员的地位和待遇,让更多的人加入照护行业中来,解决照护人员不足、专业人才短缺的问题。

3.细化照护机构功能性分类和层次性分级,制定科学的服务标准

日本在照护服务内容方面,以详尽、专业、人性化著称,就居家护理一项就分了15个种类,能够满足不同老人多方面的需求。制定服务需求评估标准,将医疗服务根据疾病程度进行分级分期,建立养护院与临终关怀病房。对养老服务需求进行评估,明确所需要的服务资源,根据需求提供相应的服务,使老人享受相应的补偿,从而减少资源的浪费。

我国照护产业的发展也应注重对照护机构做功能划分和分级调整。一般而言,不同年龄段的老人对照护服务需求的侧重点不一样,需要做具体区分。年纪轻一点的老人可能更多地需要文娱活动、保健护理;中间年龄段的老人可能更倾向于情感上的慰藉、身体上的照护,对于生活照料方面的需求较多;高龄老人可能

在医疗护理方面有更多的需求。在对服务做分类分级调整的同时,应具体对象具体分析,让服务对象根据个人需求做选择,凸显服务的专业度和人性化。

(三) 医养结合方面

医养结合是以老年人服务需求为出发点,有效对接医疗需求与养老需求,提供一体化、无缝式服务。医养结合在日本叫作“医疗与照护的连携”,日本经济研究机构《医疗介护连携报告书》(2013)中把“医疗与介护连携”定义为“不同护理服务需求在合适的场所、合适的时间得到持续、合理服务的一种行为”。目前我国医养结合取得了一定进展,为实现“到2020年,基本建立符合国情的医养结合体制机制和政策法规体系”,我国还应在以下方面做进一步的努力:首先,需要明确医养结合的概念、需求的种类、框架与模式、构建机制、制度环境,厘清养老保险、医疗保险、长期照护保险的角色定位、功能界限、职责目标;其次,要认识我国不同地区现有医养结合服务能力的差异;第三,通过建立客观、公正、公平的第三方评估机构,对医养服务行为、服务质量等进行监督考评,增强机构的自律性,建立与维持良好的医养服务环境,增强人们的信任,提高人们的满意度。

总之,我国长期照护保险制度虽然在试点中,但在“钱由谁出?钱和服务给谁?如何给?给多少?谁来给?”等问题还没有明确的情况下,不宜盲目推广。应及时总结试点经验,借鉴国外经验,汲取国外教训,促进长期照护保险制度在我国平稳、有序、健康发展。

参考文献:

- [1] 镜谕.照护保险制度的强和弱——2018年改正和问题点[M].东京:公人的友社出版社,2017:3-4.
- [2] 芝田文男.日本照护保险制度的诸多问题[J].产大法学,第51卷3-4号,2018(1).
- [3] 前田崇博.社会保障的问题检证:照护保险制度的建议(特别养护设施的等待和虐待问题)[J/OL].大阪城南女子短期大学研究纪要,第49卷,2015:03-20.<http://id.nii.ac.jp/1359/00000046/>.
- [4] 李俐燕,王磊.日本长期照护保险制度改革及启示[J].党政干部学刊,2016(11):46-50.
- [5] 吴海波,雷涵等.筹资、保障与运行:长期护理保险制度试点方案比较[J].保险理论与实践,2017(9):43-56.

Vulnerability Analysis of Long-term Care Insurance System —The Enlightenment of Japan and Reflections on China

LIU Xiaomei CHENG Hongbo LIU Bingbing

Abstract: Implementing a long-term care insurance system is a policy choice for many countries to address ageing. But long-term care insurance is not a panacea. It has natural vulnerability. This article summarizes the issue of long-term care insurance in Japan from the aspects of funding sustainability, management, service, and scientific evaluation. Furthermore, it analyzes the problems in the structure of insurance system, the content of service, the relation of three types of insurance and the management in the pilot of long-term care insurance system in China. It points out the vulnerability and risks of the operation of long-term care insurance in China. According to the characteristics of long-term care insurance system, it puts forward countermeasures and suggestions: ensure coexistence of unity and difference, equality of rights and responsibilities with clear boundaries in institutional structure; pay attention to the construction of prevention system, develop and support related industries at the service level; refine the functional classification and hierarchical classification of care institutions, and make scientific service standards; define the concept and promote the development of integration of medical services and elderly.

Key words: long-term care insurance, vulnerability, aging, care service for the elderly, Japan

(责任编辑:向运华)