

日本长期护理制度融资模式对我国的启示

卞虎* 黄俊星

南开大学经济学院 天津 300457

【摘要】日本自2000年开始实施长期护理制度以来,经历了近10年的完善与发展,取得了非常好的效果,而良好的融资制度是其顺利实施的保证。一方面它将市町村(基层行政单位)作为长期护理制度实施的主体,直接担任保险者的角色,这就使得制度的实施从组织上得到了保障,为全国范围的推广奠定了基础;另一方面它采用了公私混合融资的形式,即由政府和个人共同缴纳保费来构成长期护理制度资金的来源,这样既减轻了个人负担又保证了资金来源。借鉴日本长期护理制度的融资模式,对我国建立老年人护理制度,应对人口老龄化具有重要意义。我国政府应积极投入到长期护理制度的建设中去,加快培育护理市场,形成护理产业链;实现家庭护理向公共护理转变;保证资金来源的稳定性与可靠性,尽快建立一个低水平、广覆盖、经济型的长期护理制度。

【关键词】日本;长期护理制度;融资模式;老龄化

中图分类号:R197(313) 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.11.011

The financing mode of Japanese long-term care system and its implication to China

BIAN Hu, HUANG Jun-xing

School of Economics, Nankai University, Tianjin 300457, China

【Abstract】 Japan's long-term nursing system has made great achievements since its initialization in 2000, with a supportive financing system as its premise. Firstly, as an entity of long-term nursing system, shityoson's functioning as insured provides an institutional security and lays the foundation to long-term nursing system and its domestic universalization. Secondly, Mixed-financing, namely the government and private individual share the premium, has made a relief on individual's burden of premium and ensured a sufficient fund. Japan's practice of long-term nursing system could be used as reference to construct our own senior-nursing system. We therefore suggest government initiative devotes itself to establish a low-cost, wide-coverage and economical senior-nursing system; speeding up construction of nursing market to form a nursing industry chain, transferring nursing from family to public, ensuring the stability and reliability of financing.

【Key words】 Japan; Long-term care system; Financing mode; Aging

自1970年代遭遇石油危机之后,日本经济开始逐渐步入低迷期,1980年代开始显现的“少子·老龄化”问题更使其经济状况雪上加霜。首先,少子化进程的急速加剧带来了巨大的社会压力:日本人口总和生育率从1970年代后期一路下滑,从1975年的1.91%下降到2001年的1.33%。根据日本社会保障人口问题研究所的推算,日本的新生婴儿数量将从2001年的117万人减少到2050年的67万人。其

次是人口老龄化问题突出,2000年日本65岁及以上老年人口的数量为2187万人,所占比例达17.2%。预计到2040年,老年人口比例将会达到29.2%,也就是说基本上每3个人中就有1个老年人,进入完全的老齡化阶段。老齡化将会带来医疗费用的大幅度上升,并且产生其他的社会问题。^[1]

同时,在这些老齡人当中,最为突出的一个问题是高齡老人、空巢老人和老年痴呆症患者的增加。

* 作者简介:卞虎,男(1983年-),硕士研究生,主要研究方向为保险法、社会保障。E-mail: nkbenko@mail.nankai.edu.cn

据日本厚生省的调查资料显示,1993 年卧床不起、身体虚弱、老年痴呆症等需要护理的老人约为 200 万,2000 年为 280 万人,预计 2010 年达到 390 万人,2025 年将达 520 万人。2001 年的《国民生活基础调查》数据还显示,在家中需要护理或卧床不起的老人中,持续 3 年以上的老人比例高达 49%,持续 1 年以上的占 78.6%,因此老年护理的紧迫性和长期护理制度的建立就成了日本全国的当务之急。^[1]

1997 年 12 月日本的《护理保险法》获得国会正式通过,并于 2000 年 4 月开始实施。它改革了当时的老人福利、老人医疗制度,导入了社会保险方式,使得福利服务和保健医疗服务在申请手续、费用负担等方面都将实现根据使用者的意愿,选择享受护理保险的新体系。该法的实施,标志着日本的护理福利由过去向低收入阶层提供服务的“行政措施”转化为向全部被护理者提供服务的“契约制度”,即全民性质的长期护理制度正式建立。

日本之所以能在很快的时间里建立比较完善的长期护理制度,是因为他们极为成功的开创了新型的保险融资模式。因此,深入了解日本长期护理制度融资模式对我国应对人口老龄化问题,建立新型老年人长期护理制度具有积极长远的意义。

1 日本长期护理保险制度的融资模式

本文从日本长期护理保险的保险方、协作者、被保险人以及保费的缴纳四个角度来阐述日本长期护理保险的融资模式。

1.1 保险方

所谓保险方,是指保险事业的经营责任者。日本长期护理保险制度从护理服务的区域性、原有的老人福利保健服务的效率与便利性出发,将与市民最为贴近的基层行政组织单位——市町村作为该制度的运营主体。市町村直接担任保险者的角色,作为制度的责任者,负责制度的实施,其主要工作是负责管理被保险人、征收并管理保险费、提供护理服务给付、策划和宣传护理保险事业计划等事务。此外,市町村政府还设立护理认定审查委员会,审定被保险人需护理的程度。但是,市町村不能单独执行全部制度,必须在国家、都道府县(相当于我国省级政府)的财政支持下进行。

1.2 协作者

中央政府、都道府县作为制度的协作者,为市町村在财政与事务等方面给予支持与帮助。其中中央政府负责确立整个制度的框架,制定护理程度、保险

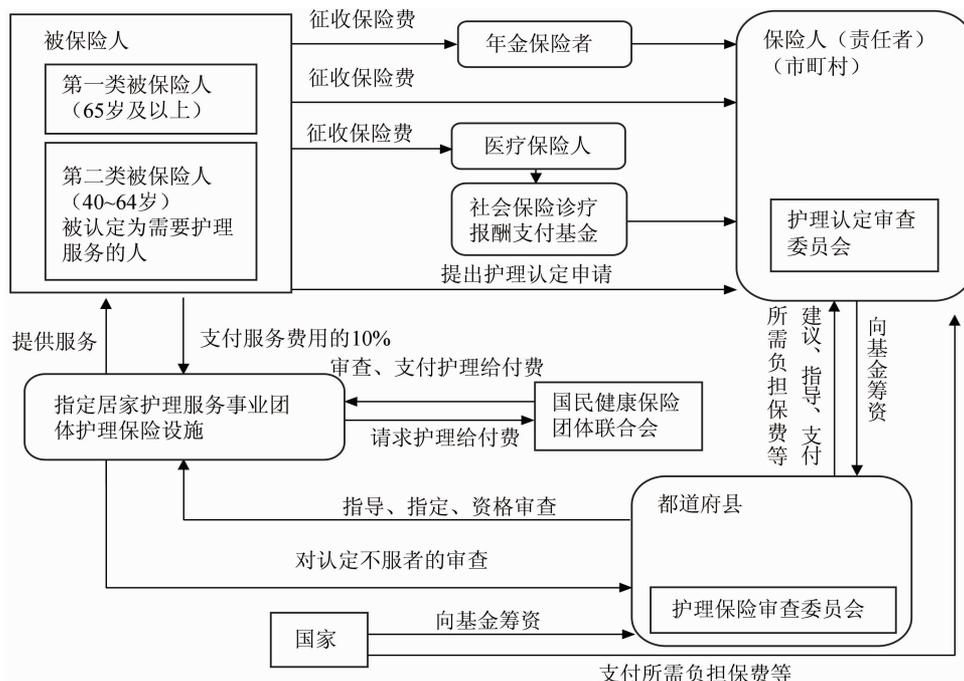


图 1 日本长期护理保险组织及职能图

给付及合格护理机构等的标准,保证市町村的财政正常运营等;都道府县对市町村的运营提供支持和指导,策划和宣传护理保险事业支持计划,指定提供护理服务的团体和机构。都道府县下设财政安定基金,主要解决各市町村保费收入不足支付和超过预期的开支。国民健康保险团体联合会则负责审查指定团体和机构提供护理服务所需的费用,并给付护理服务费。此外,都道府县还设立护理保险审查委员会,审查并处理被保险人对市町村需护理程度认定的异议。

1.3 被保险人

被保险人必须在所属的市町村内居住,这是参保的前提条件。根据护理保险法的规定,年满40岁且符合条件的公民都必须参加长期护理保险。其中65岁以上的公民(无论是否参加了医疗保险)被列为第一类被保险人,凡因卧床不起、老年性痴呆症以及其他日常生活等方面需要支持者,经确认都属第一类被保险人服务对象;40~64岁的公民(已经参加了医疗保险的)被列为第二类被保险人,此类被保险人可利用服务的条件是:因初期痴呆、脑血管疾病等老化而引起的15种疾病。^[2]但是根据日本残疾人福利法的规定,这里有一个例外:如果年龄在40岁以上,但因为被鉴定为残疾且进入护理机构的话,就不能适用护理保险并成为护理保险的被保险人,而应该是福利制度的服务对象。根据日本厚生省数据显示,2000年、2003年和2009年4月,日本全国65岁以上的第一类被保险人分别是:2 165万、2 398万和2 838万人,即9年间增加了673万(约32%)。^[1]

1.4 保费的缴纳

根据护理保险法,由第一类和第二类被保险人缴纳一半的保费,另一半则由中央政府、都道府县、市町村按照2:1:1的比例来负担(表1)。^[3]这种做法可以减轻被保险人的负担,维持长期稳定的服务供给量,使保险制度能够顺利运行。被保险人个人和国家、地方政府共同出资,由地方政府具体负责实施,是日本护理保险制度最鲜明的特点之一。

表1 日本长期护理保险的筹资构成

| 来源 | 比例(%) |
|-------------|-------|
| 第一类被保险人的保险费 | 17 |
| 第二类被保险人的保险费 | 33 |
| 市町村 | 12.5 |
| 都道府县 | 12.5 |
| 国库支付 | 20 |
| 国家调整性支付 | 5 |

在政府支出比例中,中央政府占25%,其中20%由国库负担,剩下5%根据各地区老年人总数的差异与收入水平的差异而进行调整性支付,主要交付给那些高龄老年人或低收入老年人多的市町村。

为使护理保险制度顺利实施,1999年11月日本政府提出了包括减轻高龄者保费等的实施对策,其主要内容有:(1)在法律实施开始的半年内(2000年4—9月)对第一类被保险人不征收保费,从2000年10月开始一年之内征收半额,未征部分由国库负担。(2)低收入家庭在法律开始实施时,对使用服务的高龄者,前三年内个人支出部分为3%,以后逐渐提高,到2005年为10%。(3)对于护理程度为四、五级重度低收入的高龄者,如家庭成员自己负责护理,在一年内没有利用护理保险服务的,从2001年开始由各市町村一次性给予10万日元现金或相当的物品奖励。(4)在护理程度认定中,对于不能满足条件的老人,市町村一方面采取预防措施,使之不进入护理状态,同时努力帮助他们生活自立。与此同时,各市町村在具体实行时,基本都有自己的减免措施。^[4]

对于个人负担部分,具体收取情形如下:(1)第一类被保险人保险费由市町村决定。其支付方法为有年金收入者(18万日元/年以上)从其所得年金中直接扣除保险费;其他的人员(或年金不足18万日元者)则由市町村对其直接个别征收。保险费水平因老年人所在市町村的不同而异。此外,为了减轻第一类被保险人的缴费负担,各市町村根据被保险者的收入状况具体设立了五个缴费等级(表2),个人可根据自己的实际情况进行缴费。同时,为了保证预算平衡,厚生省还将每3年作为一个周期调整月平均缴费标准,即第一类保险费在2000—2011年的四期里分别是:2 911日元、3 293日元、4 090日元和4 160日元。^[3](2)第二类被保险人的保险费支付

与其所加入的医疗保险相关联,保险费的缴纳数额根据加入的医疗保险的种类和本人收入而有所不同。按其所加入的医疗保险的计算与缴费方式,与原有的医疗保险费一起,从其收入中直接扣除,其中企业为其负担 50%。保险费的征收方式也根据第二类被保险人的工作不同而不同。缴纳的保险费上缴给各医疗保险机构,实行全国统筹,形成独立的社会保险诊疗支付基金。

表 2 日本护理保险第一类被保险人的缴费等级

| 分档 | 对象 | 保险费的设定 | 全国平均(日元) |
|-----|--|------------|----------|
| 第一档 | 享受生活保护者,市町村民税免税且享受老年福利年金者 | 标准额 * 0.5 | 1 398 |
| 第二档 | 市町村民税免税家庭等 | 标准额 * 0.75 | 2 097 |
| 第三档 | 市町村民税免税个人等 | 标准额 * 1 | 2 796 |
| 第四档 | 市町村民税个人纳税人(被保险人合计收入金额不足标准收入金额 250 万日元) | 标准额 * 1.25 | 3 495 |
| 第五档 | 市町村民税个人纳税人(被保险人合计收入金额超过标准收入金额 250 万日元) | 标准额 * 1.5 | 4 194 |

正是基于以上融资方式,日本的长期护理保险进展顺利。从参保人数的总量来看,2000 年 4 月—2004 年 4 月之间,护理保险制度的第一类被保险人数从 2 165 万人增加到了 2 453 万人,增长率为 13%。而截至 2009 年 4 月则增长到了 2 838 万人,比 2000 年增长了 32%。从待护理认定人数来看,到 2009 年 4 月为止,接受待护理认定的人数从 218 万人增长到了 468 万人,9 年间增长了 115%。

2 对我国的启示

按照国际通行的标准,60 岁及以上的人口在总人口中的比例超过 10% 或 65 岁及以上的人口比例超过 7%,即可看作是进入了老龄化社会。我国于 2001 年正式步入老龄化国家的行列。而根据 2006 年 2 月全国老龄办发布的《中国人口老龄化发展趋势预测报告》,我国老年人口不仅规模巨大,老龄化迅速,而且日益呈现出重度老龄化和高龄化。伴随人口老龄化和高龄化而来的是老年人口健康问

题的增加,因疾病、伤残、衰老而失去生活自理能力的老年人口数量增加,需要长期护理的老年人数增多。^[5]通过对日本长期护理制度融资模式的介绍,有以下几点启示。

2.1 护理模式必须从家庭护理向公共护理转变

这一转变是开展全民性长期护理保险的前提,也是进行保险融资的前提,更是进入老龄化阶段的必然选择。就我国目前情况看,不管是在经济保障上,还是在护理上,主要还是沿袭传统的家庭式长期护理模式,但计划生育政策等使这种模式正在迅速失去作用。首先是经济上,长期护理的支出是庞大的,大多数家庭单独承担起来有困难;其次是精力上,传统的大家庭变为现代的小家庭,使得传统的家庭式护理再也难以为继。并且,对于真正需要护理的人来说,家庭成员护理也远远达不到专业护理的质量。因此,“自给自足”的家庭护理模式必须向公共护理模式转变,制度的创新则是保证这种转变得以顺利实现的必要条件。借鉴日本经验,在我国建立一种新型护理类的险种,使人们可以从中年开始,花钱为自己购买养老护理服务,用经济手段或制度手段替代传统的道德或家庭手段,不失为一种明智之举。

2.2 加快培育中国的护理产业

据统计,21 世纪中叶以前,我国老年人将超过 4 亿,其中 80 岁以上老年人在 1 亿左右。据北京大学出版的《中国高龄老人健康长寿数据集》提供的资料,80 岁以上老人完全自理的不到 2/3,而完全依赖、相对依赖则占 1/3 以上,虽然我国老龄化的程度不及一些发达国家,但由于我国人口基数大,老年人整体上得不到足够的护理,护理产业是一个潜在的庞大市场,如何开发这个市场,是我们面临的重要课题之一。

同时,护理师行业是一个能吸收大量就业者的服务性行业。在发达国家,由于人力费用较高,劳动力短缺,护理人员不足成为一个很大问题。而在我国,各种失业人员以及大量农村剩余劳动力为护理师行业的发展提供了充足的后备军,因此这种因劳动力短缺而造成的护理人员不足的情况是不存在的。我国特殊的问题是失业人员的素质较低,因此

必须对各个城市的下岗工人和农村流入城市的青壮年劳动力进行较为严格的培训考核,使其具备从事护理行业的基本素质,从而扩充我国的护理人员数量,提升行业质量。从这个层面讲,可以把护理人员的培训作为一个产业来抓。

2.3 保证长期护理保险融资的稳定性

政府应该积极的参与该项保险的实施,使长期护理保险融资具有稳定性和可靠性,开创一个低水平、广覆盖、经济型的长期护理制度。如可以在不同的地方开展符合其社会经济特点的具有一定强制性的公共护理保险,采用对保险者进行分类;针对不同的人群收取部分适宜的保费(按照日本经验,这种针对特殊人群的保费,该由基层政府或公共组织制定最为合适),其他部分由国库支出等措施。只有政府的介入才有可能提供强大的财政和制度支持,从而建设一个全民性的长期护理保险制度。

总之,日本在其社会文化和经济基础之上成功地建立了规范化的保障体制。其中的关键就是建立了一个特殊而又符合国情的长期护理制度的融资方

式。而我国在老龄化社会步伐加快的同时,应该积极的学习国外经验,大力发展适应我国国情的老年长期护理保险制度,建立健全符合我国经济环境的保险融资体系 and 专业化、法制化的保险制度。

参 考 文 献

- [1] 日本厚生劳动省官方网站每月发布的护理事业报告 [EB/OL]. [2010-02-05]. <http://www.mhlw.go.jp/top-ics/kaigo/>
- [2] 全利民. 日本护理保险制度及其对上海的启示 [D], 2008.
- [3] 住居广士. 日本介护保险[M]. 张天民,译. 北京:中国劳动社会保障出版社,2009.
- [4] 尹豪. 新型社会保障制度——日本的护理保险制度[J]. 人口学刊,2000(2):24-28.
- [5] 熊必俊. 人口老龄化与可持续发展[M]. 北京:中国大百科全书出版社,2000.

[收稿日期:2010-05-25 修回日期:2010-09-16]

(编辑 刘 博)

· 动态讯息 ·

《医学研究杂志》2011 年征订征稿启事

《医学研究杂志》(原名《医学研究通讯》)于1972年创刊,是由卫生部主管,中国医学科学院主办的国家级医学学术刊物。中国科技论文统计源期刊,中国科技核心期刊。中文科技期刊数据库统计源期刊,中文科技期刊数据库核心期刊,中国学术期刊全文数据库收录期刊,中国学术期刊引证报告统计源期刊。本刊的服务对象为从事医、教、研工作的医务人员。月刊。CN11-5453/R,ISSN1673-548X。

《医学研究杂志》紧跟医学发展趋势,对医学热点予以及时追踪,内容新颖,学术水平较高,以从事医疗、科研工作者为读者对象,以报道医学领域的科研成果和诊疗经验为主要内容,突出科学性、创新性和实用性,及时反映我国医学领域基础、临床、科研工作的重大进展,以促进医学科学领域的学术交流。

《医学研究杂志》为大16开,130页,80g铜版纸。杂志信息量大,装帧精美。每册定价:10元,全年120元(含邮费)。每月25日出版,国内外公开发行。邮发代号:2-590。全国各地邮局均可订阅,也可通过编辑部订阅。

《医学研究杂志》已经启用远程稿件处理系统,请各位作者登陆《医学研究杂志》网站:<http://www.yxyjzz.cn>,注册登陆投稿系统,填写作者相关信息后进行投稿。咨询电话:010-52328679(单政编辑)。编辑部电话:010-52328677,52328678,52328679;传真:010-65230946。E-mail:xyz85637883@126.com。编辑部地址:北京市朝阳区雅宝路3号(100020)医科院信息所306,307房间。欢迎广大医务人员踊跃投稿,尤其欢迎国家级基金项目论文及省部级基金项目论文投稿。