

# 德国长期照护保险制度:缘起、规划、成效与反思

杨成洲<sup>1\*</sup> 余璇<sup>2</sup>

1. 西南财经大学人口研究所 四川成都 611130

2. 四川大学商学院 四川成都 610064

**【摘要】**在人口老龄化加剧、长期照护需求增加、原有社会保障制度存在缺陷的背景下,德国在原有健康保险制度的基础上,于1994年推出了具有全民性与强制性、公私混合给付的长期照护保险运行模式。对长期照护保险关系、申请资格、给付条件、筹资机制等进行了详细规定。经过多年的运行和完善,长期照护保险在社会保险中的份额和贡献逐渐提升、投保人与受益群体不断扩大。但另一方面,在服务质量、申请条件和内容、筹资机制等方面仍面临许多争议。德国在完善社会保障体系、重视长期照护质量、完善筹资机制等方面积累的经验可以为我国长期照护保险制度的发展提供有益借鉴。

**【关键词】**德国;长期照护保险;社会保障制度

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2015.07.006

## The long-term care insurance system in Germany: Origin, planning, effects and reflections

YANG Cheng-zhou<sup>1</sup>, YU Xuan<sup>2</sup>

1. Institute of Population Research, Southwestern University of Finance and Economics, Chengdu Sichuan 611130, China

2. Business School, Sichuan University, Chengdu Sichuan 610064, China

**【Abstract】** Confronted with many problems such as the aged population, increase in the demand for long-term care and financial pressure resulted from the previously defective social security system, after years of efforts, Germany eventually succeeded in putting forward an effective national compulsory long-term care system in 1994. The system which is based on the original health insurance system and supports multiple payments involves both local governments and private organizations. Specific rules are clarified in terms of the insurance relations, application qualifications, payment conditions and financial mechanism. Shares and contributions of the long-term care have been increased after years of practice. Besides, the number of applicants and beneficiaries is rising. Yet on the other hand, problems and controversies still exist in service quality, qualifications and contents for application and financial mechanism. Germany's experience in improving the social security system, the quality management of long-term care and effective control of financial balance serves as a significant reference for China in planning and implementing long-term care insurance system.

**【Key words】** Germany; Long-term care system; Social security system

德国的社会保障制度起源于19世纪俾斯麦时期,是当时的三大社会立法之一。但人口结构变化、老龄化与少子化、家庭功能的弱化等严重冲击了当时的社会保障制度。在此背景下,为了给予老年人更好的照护,德国政府采取了多项措施改革其社会

保障制度,如实施替代的健康保险给付、允许民营的医疗保险公司参与社会保险事务、实施强制照护保险以及年金改革。经过20多年的发展,德国于1994年立法通过《长期照护保险法》,并将其纳入社会保险体系,编入德国社会法典。<sup>[1]</sup>1995年居家照护开始

\* 基金项目:四川省社会科学基金(SCU11B082)

作者简介:杨成洲,男(1987年—),硕士研究生,主要研究方向为人口与经济发展。E-mail: cs\_ycz@163.com

通讯作者:余璇。E-mail: yuxuan\_0917@aliyun.com

实施,1996 年机构式照护开始实施。历经多次修订,到 2012 年,对失智症者和提供照护的家属给予更多支持、改善咨询与评估条件,为机构式照护提供更好的医疗照顾等内容,并于 2013 年 1 月起实施。至此,德国建立起比较完整的社会保障制度。

## 1 德国长期照护保险制度形成的背景

### 1.1 人口老龄化程度的加深与长期照护需求的增加

根据德国联邦统计局资料显示,德国已成为欧洲人口老龄化程度最高的国家。目前德国 65 岁以上人口占总人口的比例为 21%,预计至 2060 年,这一比例将达到约 34%。<sup>[2]</sup>

德国卫生部根据不同年龄段的照护需求以及人口发展资料推算,65 岁以上需要照护的人口比例将从 2010 年的 50% 增加至 2025 年的 55%,并且高龄老人的数量和比例将显著增加。2010 年照护人群中高龄老年人口占比为 12%,到 2025 年这一比例将增加至 18%。一方面,照护需求与年龄成正比,80 岁以上老年人口的照护需求约为 60~80 岁的 6 倍。另一

方面,寿命延长使得超高龄者增加,失智症的发生率也会大幅上升。德国目前约有 110 万失智症患者,2030 年预计将达到 170 万人,增长率约为 50%。<sup>[3]</sup>

### 1.2 社会保障体系面临着巨大的经济压力

除使用个人资产、储蓄或商业保险等方式外,德国居民主要借助于其他相关社会保障体系来应对长期照护的需求,如健康保险、职业灾害保险及社会救助法等。对于家庭而言,很多家属(尤其是女性)被迫中止全日制工作或改成兼职工作来照顾失能者,致使收入大幅减少。此外,长期照护不仅需要身体、心理的照顾,更需要花费大量的资金,多数家庭往往无法负担,必须依赖社会救助。然而,各地区的社会救助费用的急速攀升,加重了当地财政负担。<sup>[3]</sup>

## 2 德国长期照护保险制度发展历程与运行架构

### 2.1 发展历程

在正式通过长期照护保险法之前,德国出台了一系列与长期照护相关的报告、政策文件或法案(表 1),为长期照护保险法的出台奠定了良好的基础。

表 1 德国长期照护保险制度发展历程

发展阶段	方案	推行机构	方案内容
第一阶段 (1974—1979)	老年疾病机构式治疗与法定健康 保险人费用负担评价(1974)	老年扶助协会	探讨照护保险议题
	老年照护需求报告(1977)	联邦卫生部	照护需求安全问题
	建立社区照护服务站的筹资报告(1980)	联邦劳动部	建立不分年龄、地点的全民式照护模式
第二阶段 (1980—1985)	照护需求性问题报告(1984)	联邦政府	改善当时照护需求与安全问题
	黑森邦草案(1986)	黑森邦	不限于特定族群,以社会保险方式进行
	莱茵兰—普法尔茨州三次 草案(1986—1990)	莱茵兰—普法尔茨州	仅限于老年人,以税收方式解决
	巴伐利亚州草案(1986)	巴伐利亚州	仅限于老年人,以社会保险方式解决
第三阶段 (1986—1989)	照护改善法(1986)	联邦政府	以极重度照护需求者为给付对象
	照护保险法(1994)	联邦议会	纳入社会法典第 11 篇,正式成为 德国社会保险体系中的一部分
	照护保险法(1994)	联邦议会	纳入社会法典第 11 篇,正式成为 德国社会保险体系中的一部分
第四阶段 (1990—1994)			

### 2.2 运行架构

德国长期照护保险的运作模式主要依附于原有的健康保险制度,长期照护保险基金(LTC insurance fund)属于健康保险基金(health insurance funds)的子部分。依据政府的“强制投保”规定,属于法定健康保险的被保险人必须加入州政府经营的公立机构提供的法定长期照护保险(soziale Pflegeversicherung),其他属于私人健康保险的被保险人须加入民营保险公司提供的私人长期照护保险(private Pflegeversicherung)。职工可自由选择加入公立或私立

保险公司提供的长期照护保险。若收入高于德国社会保险规定的职工(2006 年为每月 3 937.50 欧元)则只能选择私立保险公司提供的个人保险计划。

长期照护保险作为社会保险体系的一部分,由社会法律关系维系。长期照护保险给付常常牵涉到第三方机构。此外,保险主体负有维护长期照护质量的义务,而这一职责常常委托给独立的监督机构,如医疗评审委员会(Medizinischer Dienst der Krankenkassen,简称 MDK)。因此,长期照护保险的法律关系衍生为多边社会给付关系。

### 3 德国长期照护保险条款设计

#### 3.1 保险人与被保险人

长期照护保险人(Pflegekassen)属于疾病健康保险人(Krankenkassen)下新设立的机构,履行收取保险费并提供保险给付义务的照护保险人责任。<sup>[4]</sup>主要有以下几种类型:以行政区域为划分标准、以一般人民为保险对象的“地区保险人”(Ortskrankenkasse);有管辖权的监督机关对企业机构的许可所成立的“企业保险人”(Betriebskrankenkassen);以手工业者为保险对象的“手工业同业公会保险人”(Innungskrankenkasse);以所有法定保险人为保障对象的德国年金保险(Deutsche Rentenversicherung);以农民为保险对象的农民保险人(Landesverband),除此之外,被保险人还可通过行使选择权加入“补充保险人”(Ersatzkasse)。

原则上,全体公民均为长期照护保障对象,但因被保险人职业与收入的差别而有不同的投保类别。除公务员适用公务员法相关社会保险规定外,凡收入未达过法定健康保险投保义务门槛者(2012年为508 500欧元)须依法加入法定长期照护保险,超过

此门槛者,则加入私人长期照护保险。<sup>[5]</sup>

#### 3.2 申请条件与资格评估

长期照护保险是为了帮助因身体、精神或心理上的疾病或残障,至少需要6个月以上日常生活照料的失能人口(即长期照护需求人口)。因此,受益人资格以失能情况为基准,而不受年龄的限制,只要符合资格均可提出申请。但实际上,超过80%的符合条件者均是65岁以上老年人口。<sup>[6]</sup>

两家机构负责申请人资格评定。德国医疗评审委员会负责评定法定社会保险申请人资格;而医疗审查有限公司(Medicproof GmbH)负责评定私人长期照护保险申请人资格。两家医疗评估机构从移动协助(ADLs)和家务协助(IADLs)项目中选择了四种典型项目进行组合(卫生护理、营养膳食、个人移动与家务劳动)作为评估个人照护需求程度的标准(表2)。

在此基础上,评估机构依照照护需求者所需照护项目和照护时间划分为三个不同的照护等级,照护等级因照护需求程度而不同(表3)。两家评估机构适用同一标准。

表2 长期照护需求评估标准(ADLs与IADLs组合)

项目	领域	具体活动
移动协助(ADLs)	卫生护理	洗漱、淋浴、坐浴、牙齿护理、梳头、刮胡子、排尿与排便
	营养膳食	备食、辅助进食
	个人移动	自行起床、睡觉与变换姿势、穿衣与脱衣、站立与行走、爬楼梯、离家与回家
家务协助(IADLs)	家务劳动	购物、做饭、做清洁、清洗家具、换洗衣服、取暖

数据来源:德国长期照护保险法,2008。

表3 德国长期照护保险等级与照护需求

	等级 I:中等照护	等级 II:重度照护	等级 III:极重度照护
卫生护理、营养膳食与个人移动协助(ADLs)	多个ADLs项目每天至少进行1次协助	多个ADLs项目每天至少进行3次协助	多个ADLs项目须全天候协助
家务协助(IADLs)	每周提供多次家务协助	每周提供多次家务协助	每周提供多次家务协助
照护时间(time)	至少90分钟(至少45分钟整体照护)	至少3小时(至少2小时整体照护)	至少5小时(至少4小时整体照护)

数据来源:德国长期照护保险法,2008。

#### 3.3 服务与给付方式

长期照护服务提供居家照护(Home Care/Home help service)和机构照护(Institutional Care)两种方式。申请者在选择上具有很大的灵活性,但是政府鼓励居家照护服务,只有严重失能且家庭照护无法满足其需求时才选择机构式照护。无论是居家照护还是机构照护均有三种给付方式:现金给付(Cash al-

lowance)、实物给付(In-kind)、现金与实物混合给付(Combination between allowance and in-kind)。

##### 3.3.1 居家照护

居家照护主要集中在卫生护理、营养膳食、家务劳动等方面,不同的服务主体其给付方式也不尽相同,并且每种给付方式的现金额度和等值的实物额度也不同(表4),实物的价值要高于现金额度。由照

护服务中心的专业人员提供的服务大多采取实物给付;照护需求者依个人所需自行寻找照护人员(家属、邻居、义工等)的大多采用现金给付;同时,照护需求者也可选择现金与实物混合给付方式,自行决定其所需的实物给付与现金给付比例,但此比例须在决定采取混合给付方式的 6 个月内决定。

表 4 每月居家照护现金/实物给付限额(欧元)

照护等级	2008 年 7 月前		2008 年 7 月		2010 年		2012 年	
	现金	实物	现金	实物	现金	实物	现金	实物
等级 I	205	384	215	420	225	440	235	450
等级 II	410	921	420	980	430	1 040	440	1 100
等级 III	665	1 432	675	1 470	685	1 510	700	1 550

数据来源:德国联邦卫生部 Selected Facts and Figures,2010。

### 3.3.2 机构照护

机构照护包括日间、夜间照护(Day and Night care)、短时照护(Short-Term Care)与全机构式照护(Institutional Care)。日间照护与夜间照护是为了避免照护需求者发生风险而让照护需求者暂时留在机构内,但为了落实长期照护保险法居家照护优先于机构照护的原则仍有可能采取居家方式的照护,毕竟其成本小于机构照护,而保险机构的给付有一定限制(表 5),被保险人需要自行承担部分费用。此外,当居家照护暂时无法提供或日夜间照护不能满足需求者时,其有权请求短时照护。<sup>[7]</sup>

表 5 每月日、夜间照护给付限额(欧元)

照护等级	2008 年 7 月前	2008 年 7 月	2010 年	2012 年
等级 I	384	420	440	450
等级 II	921	980	1 040	1 100
等级 III	1 432	1 470	1 510	1 550

数据来源:德国联邦卫生部 Selected Facts and Figures,2010。

如果居家照护或部分机构照护不能满足要求,照护需求者有权请求全机构式照护服务。服务内容包括基本照护、医疗照护与社会照护。给付费用方面,I、II 级的给付额度在 2015 年之前不做调整,但 III 级与特别严重照护需求者的全机构式照护费用将会有所变化(表 6),但人数控制在被保险人总数的 5%。

表 6 每月全机构照护给付限额(欧元)

照护等级	2008 年 7 月前	2008 年 7 月	2010 年	2012 年
等级 I	1 023	1 023	1 023	1 023
等级 II	1 279	1 279	1 279	1 279
等级 III	1 432	1 470	1 510	1 550
特别严重个案	1 432	1 750	1 825	1 918

数据来源:德国联邦卫生部 Selected Facts and Figures,2010。

### 3.4 筹资分配机制

筹资采取现收现付制(Umlageverfahren)。筹资主要来源于雇主及被保险人所缴交的保险费用,保险费用的高低主要取决于被保险人的收入。除了年收入在一定水平以上的居民可选择私立照护保险外,其他均须强制性地参加社会保险。2013 年的保险费率为 2.05%<sup>[5]</sup>,雇主负担 0.975%,雇员则依据其是否育有子女而适用于不同的保险费率,育有子女者负担 0.975%,无子女者则负担 1.225%。年龄超过 23 岁且无子女的被保险人,将额外增收 0.25% 的保险费用,这一做法曾在德国引起广泛争议,但联邦宪法法院认为此举并未违宪,因为这一规定可平衡被保险人因养育子女而引起负担不公平的现象。<sup>[8]</sup>不过,这一规定对于非自愿无子女者(如不孕症者)并不公平,联邦宪法法院的判决有一定争议。<sup>[9]</sup>

## 4 成效

### 4.1 份额与贡献

按照德国的法律规定,员工必须缴纳长期照护保险、失业保险、健康保险、养老保险四大险种。这些费用通常占总收入的 40%,但雇主通常要给付一半的费用,这意味着员工自己负担 20%,而意外伤害险则全部由用人单位或社保机构给付。长期照护保险在五大社保体系中所占的份额虽小,但却呈稳定的增长趋势(表 7),可见长期照护保险在社保体系的重要性日益凸显。

表 7 长期照护保险贡献率(%)

险种	1995	2000	2005	2009	2012	2013
失业保险	6.50	6.50	6.50	2.80	3.00	3.00
健康保险	13.20	13.60	14.20	14.00	15.50	15.50
长期照护保险	1.00	1.70	1.70	1.95	2.20	2.30
养老保险	18.60	19.30	19.50	19.90	19.60	18.90

资料来源:Federal Ministry of Labor and Social Affairs (2013)。

### 4.2 投保与受益状况

德国自开展长期照护保险以来,仅 2009 年就有 234 万德国居民受益。约 72 万人享受机构照护,其中约 70 万享受全机构式照护,约 1.8 万人享受短时照护(表 8)。1999—2009 年,机构照护的重要性不断凸显,居住在疗养院的老年人口数量大幅增加,年平均增幅达到 26%。2010 年,792 964 名新申请者向德国医疗审查委员提交申请,546 352(68.9%)人通过审查。<sup>[10]</sup>2011 年共有 250 万人从中获益,其中 65

岁以下占 17%;65 岁~79 岁占 28%;80 岁以上占 55%。约 74 万(30%)接受机构式照护,176 万(70%)人接受居家照护,其中,62%的人享受 I 级照护;29%为 II 级照护;9%为 III 级照护。

表 8 1999—2009 年长期照护受益者情况(人)

项目	1999	2001	2003	2005	2007	2009
门诊照护	415 289	434 679	450 126	471 543	504 232	555 198
住院照护	573 211	604 365	640 289	676 582	709 311	717 490
永久性照护	554 217	582 258	612 183	644 165	671 080	699 672
短时照护	8 545	9 643	10 999	13 351	15 002	17 819
日间照护	10 276	12 409	17 078	19 048	23 196	—
夜间照护	173	55	29	18	33	—

数据来源: Federal Statistical Office, statistics on long-term care.

#### 4.3 长期照护机构与劳动力供给

自 1995 年以来民营疗养机构占市场份额不断增加,公立机构有所下降,然而非营利性福利机构仍然主导着住院病人长期护理服务市场。1996—2011 年,每 10 万人口拥有的护理机构数量从 421 个增加至 1 080 个,总数达 875 549 个,获得提供住院病人长期护理和日间医疗护理许可的养老院,有 54% 属于非营利性机构,40% 属于私立营利性机构,6% 属于公立机构。非营利性疗养院为病人提供长期照护的平均容量为 69 位,私人疗养院为 55 位,公立疗养院为 75 位。<sup>[11]</sup>

与此同时,德国专业照护人员队伍也不断发展壮大,截至 2011 年,共 951 900 名人员受聘于长期照护行业,其中,290 700 名全职工作人员和众多的兼职人员受聘于合法的流动性照护机构,661 200 名工作人员受雇于疗养院。1999—2011 年,雇员的数量增加了 327 000 名。此外,在该行业中 85% 的雇员为女性。

### 5 困境与争议

#### 5.1 服务质量争议

在经历长期照护制度变迁中的服务质量一直备受争议。尤其是专业照护人员和照护机构的专业水平难以满足多元化的照护要求,照护需求者的权益无法得到充分的保障,政府并没有制定完善的质量监督和评估机制。为此,联邦政府制定《确保照护质量法》(2001 年)、制定机构入住者新“机构法(Heimgesetz)”(2003 年 8 月实施),2005 年联邦健康与社会安全部(BMGS)与家庭、老人、女性、青少年部合作,推动照护机构援助、失智症患者救助,推动日间照护、喘息服务、团体家屋(grouphome)等。《照护质

量确保法》不但提高从事者质量,同时强化照护服务者自我评鉴,以保护被保险人权利。<sup>[12]</sup>2008 年进行的改革就包括建立国家长期照护服务质量标准,并且规定 2010 年之前所有长期照护服务提供单位均须接受质量评鉴 1 次。2011 年开始则每年须接受无预警评鉴 1 次,以密集监督的方式提升照护质量,评鉴结果在网上公开,接受民众监督。

#### 5.2 申请条件争议

德国长期照护法对于照护需求的认定非常严格,使得许多实际上有照护需求者被排除在外。长期照护法对于照护需求的认定以医疗模式为主,缺乏社会心理层面的评估,使得需求鉴定结果偏向因身体疾病导致无法料理日常生活的失能者。对于身体功能大致良好,但因精神、心理、失智等因素造成的认知能力受损、精神与心理障碍等,没有被列入照护需求鉴定与评估的项目。因此,不利于精神疾病患者、失智症患者等。然而随着人口老龄化加快,现行评估制度的缺陷逐渐显露。<sup>[7]</sup>从 2002 年开始,长期照护保险对于失智症患者以及类似患者的照护服务,每年增加 460 欧元的给付,但是额度太低,成效相当有限。2008 年的制度改革将给付水平提高至每年 2 000 欧元,并放宽了给付条件,使得很多不符合照护等级认定、但有实际照护需求的人获得了部分救助。<sup>[3]</sup>

#### 5.3 内容调整争议

长期照护保险的另一个缺陷在于保险给付的调整。自 2008 年起,居家实物给付的调整幅度较大,而机构式照护除了最严重的等级 III 以外,没有任何调整。其目的在于缩小正式居家照护与全机构式照护之间给付水准的差异,鼓励居家照护。而实际上,这种调整具有财务上的考量,因为在所有给付支出中,居家实物给付支出规模最小,等级 I 与等级 II 的机构式照护给付支出规模最大。

实际上,2008 年保险给付水平调整规模太小,平均给付购买力随着时间推移而逐渐下降。<sup>[13]</sup>虽然在改革前及改革后一段时期内保险给付水平每年平均增长率为 1.4%,但是如果考虑从开始提供全机构式照护给付(1996 年)到下一次法定检查给付水平的时间(2014 年),发现给付的年平均增长率只有 0.4%,远低于平均的通货膨胀率。

#### 5.4 财务机制争议

人口老龄化对以老人为核心保障对象的长期照

护制度的财务平衡产生了重大冲击。长期照护保险采取现收现付的基金管理方式,在没有政府税收大量注资前提下,很难有效控制收入与支出的平衡。长期照护基金运作的前三年,基金的收入超过了支出,有部分结余,主要是因为募集的资金有一段沉淀期,必须等到受益条款生效后才会偿付。1999 年以后开始出现赤字。2005 年,联邦政府为了应对不断增长的支出对 23 岁以上无子女的投保人额外征收 0.25% 的费率,2008 年又对所有人投保人增收 0.25% 的费率。但是按照德国联邦保险总署估计,其保险平衡基金将于数年后耗尽。<sup>[14]</sup>

对于个人和家庭而言,自行负担的比例过高也成为一大问题。在限制性的保险给付水平以及调整机制下,个人与家庭的照护成本负担很重,特别是重度全机构式照护需求者,每月照护费用约 3 000 欧元,长期照护保险约给付一半的费用,另一半需要自行承担。<sup>[15]</sup>针对这个问题,德国联邦卫生部在 2010 年底邀请了相关领域的专家及被保险人代表,讨论以制度财务筹资为核心的下一次改革内容,并视为 2011 年联邦政府重大的施政计划。

## 6 启示

### 6.1 完善与整合社会保障体系

德国将长期照护保险视为一种集体性的社会风险来应对,不断完善法律规范。政府以行政力量的介入,分担了家庭照护责任与经济压力,以法定长期照护保险配合强制性私人长期照护保险的方式运作,使得风险分担最大化。通过制度的规范,确保专业照护服务工作者的地位和社会权利。在强调居家服务优先于机构照护的同时,法定长期照护保险基金给付家庭照顾者保险费用。此外,德国重视各个社会保障制度间的有机衔接。虽然长期照护保险制度是一套独立的系统,但是为了节省公共预算开支,在运作上依附于全民健康保险,不另设新的行政单位。以政府行政力量介入为主要特征的中国社保体系(缴费型的社会保险体系和非缴费型社会救助体系)并未单独制定专门针对失能人群的长期照护制度,更多是靠中国传统的孝道文化和道德自律。并且,中央政府和地方政府的双重管理导致了社保体系中的职能交叉、多头管理、体制分散等诸多问题。各种社保制度间能否做到有机衔接、中央与地方政府间的责权利如何划分等问题可以从德国经验中受到一些启发。

### 6.2 重视长期照护品质管理

长期照护服务体系是一个有机衔接的整体,各环节环环相扣、缺一不可,而服务品质的管理是长期照护市场有效运行的重要前提。服务品质管理离不开政府的有效介入,德国政府在服务品质标准的设立与规范、制度设计与系统性的人才培训、照护服务的专业咨询与服务规划、服务机构的监督考核与督导机制、照护服务机构提供的品质、价格、人员专业性等信息的公布等方面做出了巨大的努力。这些照护环节的制度化,能够确保照护服务市场的有效运作。德国通过以上措施,确保了在增加照护者对服务的选择权和确保市场主体之间良性竞争的同时,不会导致照护服务品质的下降。中国今后在长期照护品质管理中也可以借鉴德国的经验,集中于四个方面的管理:一是强调照护需求者的选择权和市场主体的多元化;二是通过教育与培训,提高照护机构与相关人员的专业技能;三是明确主体的责权;四是照护服务信息的公开化、透明化。

### 6.3 有效控制财务系统的平衡

与其他社会保险制度相同,德国长期照护采取现收现付的基金管理方式,在制度实施以后可以立即提供保险给付,无需等待基金积累。这一方面缓解了社会救助体系的财务压力,另一方面有助于经费收支的平稳运行。具体而言,收入方面主要涉及保险费率的订立标准、保费分担方式、政府补助形式及其比例等。政府规定无子女的被保险人必须负担较高的保险费率,这反映了政府对于维护公平正义的要求。德国政府对于照护机构的建立给予一定的补助,这会有效降低照护机构的负担成本,激发照护机构参与长期照护事业的积极性,使得照护机构在收取照护费用上能够较为接近实际提供的服务成本。<sup>[16]</sup>在支出方面,德国重视控制长期照护保险成本的扩张。包括限制性的资格审查以限制不同照护等级的给付申请人数量、给付标准设立上限、实施保守的给付调整机制等。简言之,就是实行紧缩性的策略抑制过度扩张的支出,控制整个财务系统的平衡。中国一直推行“统帐结合”(现收现付加部分积累)的社保制度以缓解财务压力。但实际上政府没有承担相应的转制成本,个人账户资金常被挪做他用,“空帐”现象严重。因此,将来我们在推行长期照护保险的经费收支方面,可以借鉴德国的经验,通过实施紧缩性的策略防止养老保险账户“做空”,保证收支的平稳运行。

#### 6.4 保证照护需求者选择权与市场主体的多元化

德国的长期照护保险以全民性、强制性的制度设计集体分散风险,倾向于以权利为基础的福利价值取向,强调公民在市场选择中的选择空间与程度。服务的给付也包含现金给付与实物给付,领取服务者拥有给付自由选择权。<sup>[17]</sup>但在照护同一等级中,现金给付价值低于实物给付,属于低成本给付照护服务方式;另一方面,通过现金结付,将多数时候由女性提供,在过去被视为理所当然的义务行为,转变为一种市场报酬行为,是女性地位提升的一种制度化认可。<sup>[18]</sup>另外一大特色是服务提供者多元化,公、私部门混合、协同运行。鼓励公立机构、非营利性机构、民营机构等公平竞争,并赋予它们平等的权力。目前,中国社会从强调市场在资源配置中的“基础性作用”转变为“决定性作用”,这一基本思路的转变使得在社保市场中打破了传统的社会组织或者公立机构单独垄断的模式,在发展中国特色的长期照护体系中,鼓励通过发展福利多元主义和多边竞争降低费用,提高照护的效率,而又不降低照护质量。

#### 参 考 文 献

[1] 谢荣堂,周佳肴. 德国照护保险法制之研究——作为我国未来立法之借鉴[J]. 军法专刊, 2009(10): 12-34.

[2] 冯麒麟. 国外长期照护保险计划比较分析——以日本、各国为例[D]. 北京: 中国社会科学院研究生院, 2012.

[3] 陈明芳. 福利国家的重构:以德国长期照护保险制度的建置与改革为例兼论台湾可得之借镜[J]. 台大社工学刊, 2012(6): 157-207.

[4] Lampert, Althammer. Lehrbuch der Sozialpolitik[M]. Springer, 2004.

[5] 林谷燕. 居家照顾者社会保险保障之探讨:以德国长期

照护保险法相关规定为例[C]. 台湾: 挑战 2025 超高龄社会学术研讨会, 2012.

[6] Arntz M, Sacchetto R, Spermann A, et al. The German Social Long-Term Care Insurance-Structure and Reform Options [J]. ZEW, 2006(6): 153-166.

[7] Stefan M, Markus O. Sozialrecht [M]. München: C. H. Beck, 2011.

[8] Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung [R]. Berlin: NJW, 2005.

[9] Krämer, Baue. Das Gesetz Berücksichtigung der Kindererziehung im [R]. 2005.

[10] Medizinischer Dienst der Krankenversicherung: Die medizinischen Dienste in Zahlen. Baden Württemberg [EB/OL]. [2015-01-10]. <http://www.mdk.de/314.htm>

[11] Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse[R]. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2013.

[12] 李光廷. 由德日两国经验看我国长期照护保险制度规划[J]. 台湾经济论衡, 2009(10): 33-51.

[13] 林其毅. 台湾地区民众对老年安养照顾与长期照护保险需求之研究[D]. 台湾: 国立政治大学, 2013.

[14] The development of long-term care insurance [R]. Berlin: Federal Ministry of Health Germany, 2008.

[15] 陈丽娟. 德国长期照护险之特征与运作[J]. 国会月刊, 2014(2): 21-35.

[16] 江清麟. 德国、荷兰长期照护保险内容与相关法令之研究[R]. 台北: 行政院, 2010.

[17] 施巍巍, 刘一姣. 德国长期照护保险制度研究及其启示[J]. 商业研究, 2011(3): 99-104.

[18] 郝君富, 李心愉. 德国长期护理保险:制度设计、经济影响与启示[J]. 人口学刊, 2014(2): 104-110.

[收稿日期:2015-04-30 修回日期:2015-07-15]

(编辑 赵晓娟)