

日本介护保险制度变革的理念、路径与效果分析^{*}

——基于财政压力缓解的视角

张乐川^{1,2} 钟仁耀¹

(1 华东师范大学公共管理学院,上海,200062;

2 上海立信会计金融学院财税与公共管理学院,上海,201620)

摘要: 介护保险制度所带来的高额财政支出,给高度人口老龄化国家带来长期而沉重的负担,也是我国在构建长期可持续护理保险制度过程中不可避免的一个重大问题。日本介护保险制度围绕缓解财政支出压力这一理念,在数十年实践中,通过确定和调整参保与给付对象的标准、服务供给的去机构化、调整服务对象的义务承担比例三个路径不断进行变革。尽管这些变革均对财政压力的缓解有积极的作用,然而由于人口老龄化与制度早期设计的缺陷,日本介护保险制度财政负担过重的现状不能从根本上扭转。日本的实践经验为我国构建及运作长期护理保险制度带来以下启示:需要对制度的独立财政体系与长期高额负担趋势有明确的认知,以构建长期稳定的制度框架;应当充分利用社区服务的相对优势,增加服务供给的整体效用;尽可能提高筹资力度与扩大参保范围,有效平抑政府的财政负担。

关键词: 长期护理保险;人口老年化;财政可持续;政策变革

长期护理保险制度的有效构建和实施,成为目前我国社会保障制度建设与完善的一项重要任务。自2016年6月以来,包括上海、重庆在内的15个地区试点运行长期护理保险制度,但实践过程暴露出现有制度存在保障范围过窄、资金筹集主体单一、待遇支付水平较低等问题,并亟须改进^[1]。政府作为长期护理保险制度构建与完善目标的绝对核心,是扩大保障范畴、提升服务供给质量、降低服务成本职责的主要承担者^[2],但这也意味着广泛隐藏于家庭个体内部的护理财务风险“显性化”与“社会化”。随着人口老龄化的不断深入,其最终会表现为政府的财政负担。那么,在实践中政府应当如何在有效运作长期护理保险制度的同时应对并缓解不断增加的财政压力?在我国实践经验尚无法回答的前提下,研究他国的实践经验与教训就成为当下认知并思考这一问题的有效途径。

日本的介护保险^①制度具有与我国长期护理保险制度相似的社会与文化基础,并拥有长期全面的机制构建及运行的实践经验。本文将日本介护保险制度作为研究对象,试图从对其的分析中找到回答上述问题的答案。在过往研究中,学者们先后对介护保险相关制度的主要内容^[3]、发展历程^[4]、以及政策理念^[5]等进

^{*} 本文系中国博士后科学基金第60批面上资助“社区居家养老服务人员的可及性研究”(2016M600296)、上海市社科规划青年课题项目“上海社区嵌入式养老服务的可及性研究”(2018EGL011)、国家自然科学基金面上项目“社区基本养老服务可及性研究”(71573089)成果。

^① 关于介护保险和长期护理保险两种概念之间是否存在区别,理论上存在一些争议,争议的焦点主要在于介护保险提供保障服务的具体内容究竟属于医疗行为还是护理行为。对此,日本及我国学界均存在不同的判断边界和标准,因此,严格来说,实践中的介护保险本身并不能等同于我国理论或实践中的长期护理保险。但本文不对概念精确性的划分进行探讨,默认使用日本“介护保险”这一制度称呼,并认为其和长期护理保险在基本内容上不存在显著的差别。

行了相对全面的介绍。目前国内学界对日本介护保险制度的基本形式和整体运作效果有了一定的直观认知基础,部分学者在此基础上就日本如何应对介护保险制度运作中所面临的财政压力进行了一定的分析^[6]。但是,现有的这些研究成果仍然存在着不足:一方面,对日本介护保险相关的介绍性分析主要表现为政策形式上的归纳,缺乏对其演变发展内在动因的梳理和归类,不利于深入认知日本介护保险制度变革的“整体性”规律和趋势;另一方面,关于具体介护保险制度变革的政策效果缺少统一的分类标准,不利于“细致性”理解日本的相关政策变革在缓解财政压力过程中“是否有效”和“效用如何”的问题。

对此,本文从“整体理念”“变革路径”“政策效果”三者内在统一的角度出发,由整体到局部,逐步分析和评价日本介护保险制度在产生到发展过程中应对财政负担的主要政策和制度变革,以期从日本相关经验与教训中获得启示,为我国建立长期护理保险制度提供有益的政策建议。

一、缓解财政压力——日本介护保险制度构建与变革的基本理念

任何一个社会保障制度的具体特征,都无法脱离其所在的客观历史背景和构建者的主观实施意图。有学者指出,发达国家在公共养老服务领域的实践中,普遍经历了由养老服务“机构化”向“去机构化”的转变过程,第二次世界大战后福利国家制度盛行,但到了20世纪70年代各国却因经济困境而不得不进行制度调整^[7]。日本介护保险制度的产生和变化也有相似的过程。虽然日本是一个在基本社会习俗层面秉持“传统家庭观念”的国家,但在早期公共介护服务的政策制定上却深受福利国家理念的影响,并未突出传统家庭服务供给的重要性^①,反而采用了全面机构化的方式来构建整个公共介护制度。一方面这促使了专门针对部分老年人的机构化介护服务途径的形成,例如1963年《老人福祉法》所规定的特别养护老人之家;另一方面通过老年人医疗保险制度^②,以“社会性住院”的方式对整个社会的介护需求进行全面承接,并在2000年介护保险制度正式构建之前,使日本数十年的公共介护功能得以实现,也形成了对老年人福利与医疗保险两类制度强烈的路径依赖。在日本65岁以上老年人口比率由20世纪70年代初的7.1%攀升至20世纪末的17.3%,老年福利的高耗费性与医疗保险制度的非针对性,沉重地增加了财政负担,同时这种服务方式也不可能为深度老龄化背景下的日本提供更加多元、普遍、有效的服务内容^[8]。这种从财政支出到服务效用均不具有可持续性的制度性问题,是促使介护保险制度脱离原有医疗与老年保障体系而独立产生的主要原因。

但是,一个独立制度的产生,并不意味着能够将过往实践中所面临的困境完全解决。针对这一问题,田近荣治、油井雄二认为,虽然介护保险制度的产生使政府对医疗保险体系在整体社会保障制度中的基本功能和角色进行了重新审视和定位,但制度推出的主要目的是对过往高额福利性的老年医疗支出进行结构性调整,增加公共财政的可持续性,如若手段不当,介护保险同样会陷入类似当下医疗保险制度的财政困境之中^[9]。这种观点明确了介护保险制度构建行为本身同整个社会保障体系之间的内在关系。一方面,对于整个社会保障制度而言,介护保险的独立构建与区分只是一种手段,其目的是将过往公共介护服务供给与需求中产生的诸多经济性问题同原有制度分割开来,纳入一个新的框架中进行针对性的调整。另一方面,对于介护保险制度本身而言,其未来仍将面临严峻的财政支出压力,因此后续的变革和调整应当作为制度构建理念的延伸,成为日本政府在制度构建之后面临的重要任务。

① 这并非指彼时日本家庭不会主动承担介护服务的责任,实际上日本家庭介护的主要承担者为女性,而其“居家独立介护行为”本身是不具有经济性的,女性自身利益依赖于同丈夫就业进行捆绑的社会保障制度,即主要依赖于以劳动关系为中心构建起来的“工作福利体系”(Workfare),所以这种家庭介护本身是“男主外、女主内”生活方式的具体延伸,而不是社会保障政策主动强化的结果。

② 1983年日本政府采取的老年医疗改革要求老年人逐步承担部分个人医疗与看护的相关费用支出,但在原有医疗保障制度的框架下,实际改革中的公共医疗支出的节省效果甚微,同时个人的经济负担明显增加,本文对涉及医疗保险制度自身改革的问题将不进行详细的讨论。

可见,在既定的客观历史条件下,介护保险的制度构建和政策变革,最终都将围绕缓解财政压力这一长期现实而又迫切的问题来进行的,而就这一问题所形成的基本理念伴随着制度变革的政策实施路径在现实中逐步彰显。

二、日本介护保险制度变革路径的选择

那么,如何缓解介护保险制度的财政压力呢?日本政府在之后的制度变革中,大致围绕三个方面的内容开展政策实施,并形成了相对稳定的变革路径。第一,确定与调整参保与给付对象标准。相较于养老金与专业医疗行为的给付,介护服务在实践中具有更强的模糊性,这导致理论上并非所有国民都必须参与到制度保障中来,服务给付的标准也无须完全统一和固定。因此政府对参保人的准入资格及接受服务给付标准的设定都是“可探讨的”^①,而这将决定介护保险最基本的费用收入和支出状况,并直接影响制度的可持续性。第二,进行介护服务场所的“去机构化”。过往介护服务实践中对机构借寄的依赖是造成财政负担最为显著的原因之一。需要通过有效的政策设计和调整,改变过往机构作为介护服务的主要承担者面临高额费用开支的困境,尤其在介护服务供给上应给予服务对象更多基于居家或所在社区的内容选择。第三,调整服务对象的义务承担比例。介护服务在实际给付标准、给付内容及给付对象之间均存在差异,而社会保险制度并不主张有明显失公允的给付结果产生,所以政府在服务对象对应介护费用的承担上,同样应当设定对应的差异化标准以保障制度的公平性,而这也将对公共财政的实际负担产生影响。

以这三条路径为基准,表1将介护保险构建至今相关的主要制度设定和政策调整的整体趋势通过分类归纳的形式予以呈现。在2000年、2005年、2014年、2017年四个年份中,日本政府都进行了复数路径的变革政策实施,整体的变革趋势具有较强的计划性和连贯性,并在具体政策调整内容上形成了各自的侧重点。

表1 日本介护保险政策变革的路径及具体政策内容

路径分类	制定时间	具体政策内容
确定和调整参保与给付对象的标准	2000	对40周岁以上的1、2号参保者实施分类准入与给付审核制度;形成居家/机构介护,为要预防/介护的“5+1”分类服务提供标准
	2005	2006年起将(居家)介护预防服务给付细分为两级标准
	2017	2017年8月起2号参保者的保费将根据总收入实行梯度调整并增加
介护服务场所的去机构化	2005	2006年开始提供社区介护服务(地域密着型サービス);鼓励市场与NPO介入居家与社区介护服务供给体系
	2011	允许符合条件的机构同时提供居家与社区介护服务,构建社区综合介护体系;从2012年开始不增设介护疗养病床席位
	2014	提升特殊养老机构的介护服务给付条件
	2017	整合日常的医疗服务管理,进一步提升社区综合介护体系的功能
调整服务对象的义务承担比例	2000	全体服务对象承担10%的介护费用,设定月负担最大费用上限,免除超额部分费用
	2014	2015年起部分高收入服务对象的费用承担比例由10%提升至20%;2015年10月起服务对象月负担费用上限由37200日元提升至44400日元
	2017	2018年8月起部分高收入服务对象的费用承担比例由20%提升至30%

资料来源:日本厚生劳动省.介护保险制度概要,過去の改正[EB/OL].[2019-7-18].https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html.

说明:1.表中“要预防”是指为有轻度护理需求(现实中还未到达产生长期护理硬性需求的阶段)的老人积极地提供预防性护理措施,以防止老年人因身体健康恶化而增加客观护理需求,是介护保险制度对老年人护理保障的一种更为积极的干预

^① 这在我国护理保险制度构建的功能性定位中,同样是争议性很强的问题。对此,我国大致形成“护理保险参保对象独立定位”“与医疗保险制度联动”“与养老保险制度联动”三类基本观点,在此基础上产生了“进行相关制度交叉联动”的观念,充分反映出护理保险制度本身的复杂性。

行为。2.因篇幅问题,部分与本文议题不直接相关的政策未列入表中,欲获取详细信息可参阅厚生劳动省网站 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html。3.国内一些文献将“地域密着型サービス”直译为“地区密切型服务”,实质是指由社区基层的服务机构为服务对象提供介护服务的方式,即社区介护服务。

首先,在“确定与调整参保与给付对象标准”这一变革路径中,制度以65岁为界限构建了区分1、2号参保者的保险参与制度,同传统年金和医疗保险制度不同的是,这种参保人类别的划分并非基于参保人的身份差异,而是基于不同的介护保险服务给付内容。相对于1号参保者获取介护服务的资格标准,2号参保者只能因特定疾病产生的介护需求获得对应的服务给付,因而实际能够获得服务给付的人数和比例都非常低。可见日本政府对于介护保险制度功能主要定位于满足因年老而形成的介护服务需求,而2号参保者在制度中则扮演了将介护财政资源向老年人(1号参保者)倾斜转移的角色,并且这种角色定位在2017年的政策调节中得到进一步的强化。与此同时,虽然在制度构建初始形成了以介护服务本身为主体的5级给付标准,但日本政府仍希望在整体制度中通过强化居家介护预防和支援功能来提升财政支出的效率。2005年将介护预防服务给付标准区分为“需支援1”与“需支援2”两级,这种进一步细化介护预防标准的做法,既可以被认为进一步提升了制度应对服务需求的针对性,也可以被理解为通过扩大介护预防的支出延缓老年人因自理能力衰退而产生的快速升级的服务给付需求^[10]。

其次,在“介护服务场所的‘去机构化’”这一变革路径中,介护保险制度主要的变革手段可以归纳为“先做加法,再做减法”。所谓的减法,是指通过各种强制性行政手段,对构成机构介护主要场所的三大设施(介护老人福祉设施、介护老人保健设施、介护疗养型医疗设施)的实际服务获取资格和供给数量进行限制,从而直接抑制高额介护费用的支出。但这种做法将直接增加总体介护服务的给付压力,因而在削减机构供给之前,必须先进行扩充介护服务的“加法”,这才是应对去机构化最根本有效的方式。对此,日本政府优先构建了能够部分替代机构介护功能的社区介护服务体系,希望在专业介护质量相对有保证的前提下,引导中等介护需求者减少对机构介护的依赖,并以此为框架鼓励社会力量介入居家与社区介护供给服务中去,这实际上也降低了部分组织提供介护服务的门槛下限。可见,日本政府在去机构化方面的具体变革思路是尝试通过引导社会力量的参与,以更高的财政效率替代由机构介护比率下降所形成的供给空缺,并以此减少财政负担。

第三,在“调整服务对象的义务承担比例”这一变革路径中,日本政府通过阶段性地提高费用承担比例和费用缴纳上限来增加部分高收入个人与家庭的义务,以此在各阶段平抑财政支出压力。可以将这种做法理解作为一种具有累进性的税收政策,通过对服务需求方进行差异化的经济义务设定,在保障制度动态公平性的同时也能够实际增加政府的财政性收入,并以此缓解财政开支的压力。

三、日本介护保险制度变革的政策效果分析

虽然上述三条制度变革路径在长期实践中已明确体现出介护保险制度的基本构建理念,然而变革实施是否或多大程度上能够帮助政府达到缓解财政压力的预期目标,还需要通过对相关历史数据的计算分析得出更为精确的结论。作为一种社会保险制度,分析保费支出与参保人数之间的变化趋势是度量日本介护保险财政压力最为直观的方式。而从历史数据来看,在数十年中制度总参保人数增加了约53%,用于服务给付费用的财政支出则扩张约168%,费用增幅为参保人数增幅的3倍,可见介护保险制度的财政负担在整体上并未得到有效的缓解(见表2)。

那么,这是否意味日本介护保险制度在具体变革政策与措施上皆不具有可借鉴的积极意义呢?介护保险制度以具体的服务内容作为给付客体,同时以调查员和主治医师的评价作为介护评定的主要方式,因而实践中服务给付的主观任意性是不可避免的,有学者曾在介护保险制度构建的支出方面表达了对这一情况的担忧^[11]。因此,需要辨析是否这种人为主观因素导致了后续制度实践中大规模无效费用支出的增加。对此,

可以通过计算日本历年人均介护费用支出进行判断。表3显示,在介护保险制度目前所形成的三类介护方式中,居家与机构介护的历年人均费用支出非常稳健,社区介护服务费用支出的稳健性虽不如前两者,但考虑到社区介护本身在介护保险体系中的功能定位及具有较强弹性和多样性的服务内容,从直观角度来看此类费用支出的波动依然是合理的。可见,介护保险费用整体财政负担仍然高企的主要原因,并不包括实践主观性因素所导致的浪费现象。

表2 日本介护保险制度给付费用与参保人数增幅(以2000年为“0”基准)

单位: %

	当年总服务给付费用同比增幅	当年总参保人数同比增幅		当年总服务给付费用同比增幅	当年总参保人数同比增幅
2001	26.61	3.30	2009	101.22	28.95
2002	43.26	5.84	2010	111.81	29.84
2003	56.86	9.28	2011	122.77	32.78
2004	71.01	12.00	2012	137.17	38.00
2005	75.22	15.39	2013	148.25	42.77
2006	53.59	19.36	2014	159.47	47.28
2007	80.76	22.70	2015	164.66	50.85
2008	88.10	26.32	2016	168.54	53.43

数据来源:根据日本厚生劳动省《介護保険事業状況報告》(平成12-28年)相关数据计算而成。

说明:当年总服务给付费用同比增幅=(当年费用支出-2000年费用支出)/2000年费用支出×100%;当年总参保人数同比增幅=(当年参保人数-2000年参保人数)/2000年参保人数×100%。

表3 历年日本介护服务人均费用支出

单位:千日元/人次每月

	居家介护	社区介护	机构介护	整体均值		居家介护	社区介护	机构介护	整体均值
2007	99.99	221.40	284.92	134.0	2012	110.72	226.71	292.97	139.3
2008	101.55	218.57	284.15	134.2	2013	111.16	204.06	292.56	138.5
2009	105.55	219.95	292.33	137.7	2014	112.05	228.58	293.52	138.9
2010	107.63	218.68	294.20	138.2	2015	110.99	229.53	290.05	136.6
2011	108.59	220.25	292.79	138.1	2016	110.91	227.45	291.64	138.0

数据来源:根据日本厚生劳动省《介護保険事業状況報告》(平成19-28年)相关数据计算而成。

说明:社区介护服务制度自2006年开始实施,因此本表从具有完整统计的2007年开始显示年度人均费用支出,2007年以前的居家与介护服务数据特征同此表所示的基本一致。由于实际介护给付的时间以“月”为最小单位,因此一年之中各月给付的对象实际未必是同一人。此处的人均年度数据是对一个自然年度12个月相关数据进行累加之后所取的平均推测值,故用“人次”表示。

因此,为了进一步认识介护保险制度实践的现状,需要对相关制度改革内容的实际效果进行更深层次的研究。如前所述,日本政府以缓解财政压力作为介护保险制度构建与变革的基本理念与核心目标,因此所有相关政策和制度改革内容最终将不同程度地产生两方面的政策效果,即介护保险制度本身费用收入和支出的变化。其中,能够有效增加当期收入并减少支出的相关政策或制度设计即是相对合理而有效的,反之则是无效或存在缺陷的。如表3所示,由于日本介护保险制度历年人均费用支出水平是相当稳健的,故而可以此为基准,将不同政策对于财政可持续性所产生的正反两种效果进行量化,并展示其对人均费用的影响方式。一方面,这可以清晰显示同一政策在不同时期对财政可持续性产生的效果变化,另一方面,也可用统一的尺度来量化各种不同政策之间的效果,从而对具体制度变革内容的结构性效果和特征进行有效的分析和判断。

首先,根据表1所描述的三种变革路径及内容的顺序,对“确定和调整参保与给付对象的标准”的政策进行分析。该类政策调整中重要的一部分是关于2号保险者的分类准入制度的政策效果,如表4所示,2号保险者历年约92%以上的缴费额度并未用于该群体的介护需求支出,可见该群体实际扮演了介护保险制度

中实际费用承担者的角色。但是,将 2 号保险者的人均保费负担同“全体费用均摊收益”^①进行比较,可以发现 2 号保险者人均保费负担在 16 年间扩大了约 2.5 倍,与此同时,盈余保费对于人均费用承担的数量并未显著增加。换言之,尽管日本政府不断地增加 2 号保险者的参保负担,并以此作为财政支出中非常重要的经费来源,但在整体效果上也仅能做到勉强维持,并未有效改善介護服务费用支出的实际压力。可见,这一政策对于缓解介護保险财政压力的积极效用在不断降低^②。

表 4 日本介護服务 2 号保险者参保情况及其政策效果

	参保人数 (万人)	总保费缴纳 (亿日元)	人均保费负 担(日元)	服务给付 人次(人)	总保费支出 (亿日元)	总保费盈余 (亿日元)	全体费用均摊收 益(千日元/人次)
2000	4308	12489	24901	41698	877	11612	57.35
2001	4282	13889	31764	49935	1216	12673	48.55
2002	4264	13141	36093	53498	1396	11745	38.54
2003	4262	15062	38356	57680	1391	13671	39.72
2004	4272	17942	41688	63902	1730	16212	42.66
2005	4276	20180	43417	67873	1789	18391	45.48
2006	4239	20464	43145	67848	1601	18863	44.66
2007	4233	20222	45323	69778	1804	18418	42.27
2008	4240	19113	47330	70683	1819	17294	38.21
2009	4233	19518	49119	72870	1867	17651	37.41
2010	4263	21218	51469	76950	1939	19279	38.94
2011	4299	22841	53555	80695	2017	20824	39.98
2012	4275	23940	55466	83681	2028	21912	39.86
2013	4247	25324	58452	88023	1977	23347	40.35
2014	4220	26591	61497	92308	1896	24695	40.94
2015	4204	25699	60966	90869	1837	23862	38.13

数据来源:根据日本厚生劳动省《介護保険事業状況報告》(平成 19—28 年)及其他相关数据计算而成。

说明:由于《介護保険事業状況報告》中并无系统的 2 号保险者的总体参保数据,此处借用了厚生劳动省独立数据——“第 2 号被保険者にかかる介護保険料について”报告中的历年参保人数进行计算,由于该数据统计年份目前只至平成 27 年,故而相关计算只能算至 2015 年。

日本政府强化居家介護预防的政策在多大程度上能够提升财政支出的实际效果,需要通过一定条件下的假设进行分析。如上文所述,2005 年在介護预防服务给付标准上细分出的“需支援 2”类别,它介于“需支援 1(原为需支援)”和“需介護 1”两个介護级别之间,这也意味着该级别的需求者,实际上来自相邻两个介護级别的“分流”。因此可以假定这两类介護级别的相对需求比例一定,在此前提下计算 2005 年后“未分流”前“需支援 1”和“需介護 1”的理论需求人数,并用于对照分析“需支援 2”标准的产生对整体介護费用支出的影响^③。根据 2000—2005 年的经验性数据,这一相对分流比例约为 33% 和 67%,因此可以将“需支援 2”的实际人数按上述比例分别进行归纳计算(见表 5)。结果显示,强化居家介護预防有较为明显的正面政

① 所谓全体费用均摊收益,是指用当年 2 号保险者总保费盈余除以介護服务给付总人次的均值,表示该盈余对介護保险人均费用支出负担的“抵消额度”,是本文用于衡量不同政策对介護保险制度财政可持续性的影响效果的重要指标,下同。

② 需要进一步说明的是,2 号保险者历年所承担费用的相对比例是在不断降低的,其中 2000—2002 年为 33%,2003—2005 年为 32%,2006—2008 年为 31%,2009—2011 年为 30%,2012—2014 年为 29%,2015—2017 为 28%,可见日本政府也认识到 2 号保险者的实际保费负担非常沉重。

③ 这一假设的算法仍需要以两个现实性前提为基础:(1)“需支援 1”和“需介護 1”级别的服务需求主要表现为居家介護服务;(2)该级别的历年人均服务费用支出和对应需求占比数据均相对稳定。根据相关数据的计算,这两个条件在现实中均得到了满足,因篇幅所限此处不列出具体的证明数据,有需要的读者可向本人要求提供对应数据。

策效果,包括相较于政策出台前节省约10%左右的费用,以及后者的对于整体服务给付对象产生人均2000日元的年保费均摊收益。尽管相较于整体人均费用支出,改进比例仍显不足,但这种收益是在未增加任何制度参加者个人负担的基础上形成的,属于纯粹的政策调整红利。

表5 假定条件下强化居家介护预防的政策效果

	假定条件下的费用支出(亿日元)	实际总费用支出(亿日元)	相较于假定的总节省额度(亿日元)	全体费用均摊收益(千日元/人)		假定条件下的费用支出(亿日元)	实际总费用支出(亿日元)	相较于假定的总节省额度(亿日元)	全体费用均摊收益(千日元/人)
2007	9471	8915	556	1.28	2012	13805	12601	1204	2.19
2008	9918	9199	719	1.59	2013	14952	13644	1308	2.26
2009	10968	10058	910	1.93	2014	16096	14705	1391	2.31
2010	11886	10877	1010	2.04	2015	16843	15041	1802	2.88
2011	12686	11598	1088	2.09	2016	15628	14135	1493	2.22

数据来源:根据日本厚生劳动省《介護保険事業状況報告》(平成19-28年)相关数据计算而成。

说明:由于2006年介护预防标准调整存在过渡期,故该年份相关的统计数据口径同后续年份相比存在较为严重的不一致情况,因而该表从2007年开始计算。

其次,对“介护服务的去机构化”政策效果进行分析。由上文分析可知,无论是严格限制机构介护准入标准,还是以社区与居家介护为导向扩充服务供给,该类政策的共同目标在于将介护服务需求者,由机构介护方式向另两类服务方式“分流”。表6数据显示,日本介护保险制度中机构介护服务需求的占比,由2000年的32.82%,单调缩减至2016年的16.48%,去机构化的表征性效果非常显著。

表6 日本历年各类介护保险服务方式占比

单位: %

	居家介护服务	社区介护服务	机构介护服务	总和		居家介护服务	社区介护服务	机构介护服务	总和
2000	67.18		32.82	100.00	2009	72.71	6.08	21.21	100.00
2001	69.88		30.12	100.00	2010	73.18	6.40	20.41	100.00
2002	72.45		27.55	100.00	2011	73.51	6.79	19.70	100.00
2003	74.48		25.52	100.00	2012	73.77	7.15	19.08	100.00
2004	75.89		24.11	100.00	2013	74.14	7.33	18.52	100.00
2005	76.65		23.35	100.00	2014	74.46	7.66	17.87	100.00
2006	73.09	4.11	22.80	100.00	2015	74.66	7.85	17.48	100.00
2007	72.30	5.13	22.57	100.00	2016	69.78	13.75	16.48	100.00
2008	72.37	5.71	21.92	100.00					

数据来源:根据日本厚生劳动省《介護保険事業状況報告》(平成19-28年)相关数据计算而成。

然而,基于有效减少财政支出效果的角度,这些去机构化的措施是否产生了明确的效果仍需要通过一定的条件假设进行验证。虽然从政策制定的内容来看,机构介护需求者的分流方式包括居家与社区服务两种,但这两种分流方式作用于去机构化的“优先性”却有所不同。根据表3的数据,三类介护服务方式的平均成本由机构、社区、居家介护依次递减,换言之,对于多数处于分流标准边界的服务需求者而言,优先选择社区服务来替代更高花费的机构服务是一种更为合理的选择,除非原有的机构服务认定标准在整体上存在非常严重的误差,否则以居家作为机构介护分流的首要替代方法并不符合常理。据此逻辑,可推断去机构化的实际政策运作方法:首先通过社区服务方式进行,而后剩余的部分由居家服务进行补足。在此前提之下,采用上文中分析介护预防强化政策效果的方法,以历史期望数据计算去机构化政策不曾介入条件下的机构介护需求比例,并通过同实际差值比较的方式来计算该类政策对整体介护费用支出的影响情况。根据表6中2000—2005年的数据,机构介护在去机构化政策介入前,占整体介护服务比例的期望值约为27.25%,以此

为基准,可以计算出 2006 年后这两类替代方式各自及整体对全体费用均摊收益的影响效果(见表 7)。结果显示,同介护预防强化政策类似,去机构化政策不仅能够在一定程度上有效减少介护财政的费用支出,而且随着时间的推移,这一政策在实际作用效果还在不断增强。但是,介护预防强化毕竟只是一个涉及局部受众对象的政策,而去机构化作为一个大类的介护保险改革政策所产生的实际效用并不比前者高出太多,其产生的均摊收益相对于整体人均费用支出水准而言仍显得不甚理想。

表 7 假定条件下去机构化的政策效果

单位:千日元/人

	居家介护替代的全体费用均摊收益	社区介护替代的全体费用均摊收益	全对象保费均摊收益		居家介护替代的全体费用均摊收益	社区介护替代的全体费用均摊收益	全对象保费均摊收益
2006	N/A	1.33	1.33	2012	1.67	4.29	3.96
2007	N/A	2.97	2.97	2013	2.25	4.29	3.96
2008	N/A	3.40	3.40	2014	2.79	4.49	4.18
2009	N/A	3.99	3.99	2015	3.06	4.30	4.06
2010	0.72	4.32	4.09	2016	N/A	4.90	4.90
2011	1.26	4.46	4.13				

数据来源:根据日本厚生劳动省《介護保険事業状況報告》(平成 19-28 年)相关数据计算而成。

说明:表格中的“N/A”表示在假设条件下,社区介护服务已经对机构介护进行了全面替代,无须通过居家介护服务进行分流,此处全体费用均摊收益是居家与社区介护替代均摊收益的加权平均数。

第三,对“调整服务对象义务承担比例”的政策效果进行分析。结合上述分析可知,以增加部分高收入服务受给者的额外费用为主要手段,日本政府在不断提高服务对象相关费用支出的同时,也对参保对象不断增加的保费负担予以少许的减免,以维持制度代际的相对公平性。那么这一类政策的实际效果究竟如何?以现有统计数据为基础,介护费用自付比例由 10% 提升至 20% 的政策带来了额外的财政收益,本文将该收益换算成全体费用均摊收益上的增加值,并分析该政策缓解财政压力的效果^①。如表 8 所示,在具有完整统计年度数据的 2016 年与 2015 年两个自然年内,这一政策的实际效用并不非常理想,超额的财政性收入仅产生人均不到 1000 日元的年保费均摊收益,由于作为额外介护费用征收群体的“高收入对象”的整体比例在短期内不会发生显著的变化,因此可以进一步判断 2018 年 8 月之后同类政策的实施,并不会会有更好的预期效果。可见,日本政府在调整服务对象的义务承担比例这类政策的设定上,形式公平大于实质公平,没有真正缓解介护保险财政支出的压力。

表 8 额外介护费用收入情况及其政策效果

	10%~20%部分的缴费总额度(千日元)	全体费用均摊收益(千日元/人次)
2015	43042966	0.69
2016	55490181	0.83

数据来源:根据日本厚生劳动省《介護保険事業状況報告》(平成 27-28 年)相关数据计算而成。

为了直观表述相关变革政策对于财政压力缓解的整体效果,将前述各类政策的影响效果进行归纳并计算(见表 9)。通过数据可知,可以将日本介护保险制度的变革效果归纳为“稳健而渺小”,其具有两个方面的具体特征。一方面,任一相关的变革政策对政府财政压力的缓解均表现出积极的效果,并且在人口老龄化不断深入的大趋势下,相关政策变革仍然能够保持较为稳定的财政支出压力缓解比率,尤其在居家介护预防

^① 由于本文撰写过程中所得到的相关统计数据截至 2016 年,因此对于 2018 年 8 月起将部分高收入服务对象的费用承担比例由 20% 提升至 30% 的政策效果无法进行量化分析。同时由于 10% 部分的介护费用政策从未发生变化,其对人均费用支出的影响也是固定的,故同样省略对此政策的效果分析。

强化政策出台后还能保持更为稳健的整体政策效果,这是非常难得的,也在一定程度上反映出日本政府在介护保险制度运作过程中相关决策的合理性。另一方面,必须承认年均只有不到3%的整体性预期不尽如人意,且现行的政策仍存在一定的结构性不足。具体而言,三条变革路径中除了去机构化政策调整产生了微薄红利之外,现行政策未能有效调整2号保险者的缴费额度同整体财政压力之间的合理分担关系,同时也没有通过增加1号保险者中实际服务对象的额外负担,对不同参保对象之间实际权利和义务的比例进行有效平衡。可见,若保持现有情形,则另外两个变革路径在未来减缓财政压力的效用可能不会有更为良好的预期效果。因此,介护保险制度如何在未来实践的过程中进一步保持其财政稳定性,仍需要日本政府进一步探索与努力。

表9 日本介护保险制度变革对于财政压力缓解的整体政策效果

	年人均支出费用 (千日元/人每年)	2号保险者 参保费用支持	强化居家介护预防 (千日元/人每年)	去机构化 (千日元/人每年)	额外介护费用收入 (千日元/人每年)	整体财政压力 缓解效果(%)
2000	1913.7	57.35				3.00
2001	1879.5	48.55				2.58
2002	1821.6	38.54				2.12
2003	1766.1	39.72				2.25
2004	1743.7	42.66				2.45
2005	1679.0	45.48				2.71
2006	1409.0	44.66				3.17
2007	1608.0	42.27	1.28	2.97		2.89
2008	1610.4	38.21	1.59	3.40		2.68
2009	1652.4	37.41	1.93	3.99		2.62
2010	1658.4	38.94	2.04	4.09		2.72
2011	1657.2	39.98	2.09	4.13		2.79
2012	1671.6	39.86	2.19	3.96		2.75
2013	1662.0	40.35	2.26	3.96		2.80
2014	1666.8	40.94	2.31	4.18		2.85
2015	1639.2	38.13	2.88	4.06	0.69	2.75
2016	1656.0	36.75	2.22	4.90	0.83	2.65

数据来源:根据前述表格中的数据整理归纳而成。

说明:将当年所有政策的均摊收益除以当年的人均费用支出表示整体财政压力的缓解效果,2006年社区介护服务政策的实施导致人均费用数据在各统计来源中存在口径不一致的现象,因此该年的最终政策效果的计算可能存在较大的偏差。

四、日本介护保险制度变革对我国的启示

本文分析了日本介护保险制度变革应对财政压力的内容和效果,为我国长期护理保险体系的构建提供了值得借鉴的经验和教训,具体包括以下三个方面。

第一,应理性预期和认识长期护理保险制度“财政独立构建”的重要性,以及制度可能产生的“长期而巨大的财政负担”,这是我国政府在构建相关制度之前需要明确的理念性基础。尽管从历史发展的角度来看,我国未曾经历过由福利国家理念所导致的公共养老服务过分扩张的社会保障制度建设阶段,但由于现阶段经济发展与社会保险费用负担存在政策目标与制度性障碍,相当一部分国内学者将长期护理保险制度的构建定位为依附于现有的医疗保障体系^[12],或在实践中有向现有医疗保障体系靠拢的倾向^[13]。从短期来看,这是对我国目前制度构建现状的妥协,具有一定的合理性,但从制度构建长期性的角度来看,这一做法不仅会对现有医疗保险制度的正常运行产生负面影响,同时也会掩盖护理费用支出空缺的严重性。日本在构建独立介护保险制度之前的相关经验告诉我们,这种过分依赖医疗保障体系的做法易导致基于“医养结合”需

求的大规模社会性住院现象的产生,并会成为制度财政所不可承受之重^①。所以,通过合理精算,基于护理需求所产生的财政补贴规模,能充分考虑未来我国护理保险制度的长期财政压力,可以在明确制度运作严峻性的同时避免额外性制度负担增加对其他社会保险体系运行造成的不良影响。

第二,基于社区服务的长期护理方式,对保险制度的“费用支出”与“需求满足”这一对“基本的供需矛盾点”存在效用优势,这是日本介护保险制度在制度变革路径实践中所凝练的重要经验。前文中分析了能够提升制度运行效率的“介护预防”与“去机构化”两类政策,虽具体的变革内容各有不同,但政策目标均主要通过社区介护服务体系来实现。换言之,在经验层面,日本社区介护服务体系本身,对减少无效的费用支出有着积极的作用。而在理论层面,有的日本学者基于实证研究,将这种社区介护服务的成本控制机制归纳为:主要通过提供暂时性机构入驻服务设施,以及强化针对老年痴呆症患者的服务需求,分别对居家与机构养老服务的“不效率”进行替代^[14]。从我国的角度来看,这些相关的实践和研究结论带来了两方面启示:一方面,明确了社区服务在长期护理制度构建运作中的不可替代性,另一方面,也说明这种社区服务优势功能形成的背后,可能是基于特有的社区文化、社会组织形态及政策导向的共同作用^[15],并非是一种可以通过简单的政策复制来完成的制度性结果。因此,进一步分析并辩证地看待日本社区服务的实践运作经验,对于如何根据我国实际情况发挥社区服务体系在长期护理保险制度运作中的具体优势功能,有着非常重要的意义^②。

第三,在制度构建初期设定合理的筹资模式与参保范围,是护理保险制度能否保持长期财政稳定的根本且最为重要的因素,应吸取日本介护保险在制度规划上的教训。本质上,日本介护保险采用典型的“现收现付制”筹资模式,这种模式虽能有效控制筹资的管理成本,但由于缺乏个人积累性的激励机制,因此很难在个人缴纳费用逐年增加的同时保证社会参保率的稳定^③。此外,从参保范围来看,以40岁作为参保资格的整体年龄条件,充分考虑了年轻人通常不存在介护需求的群体特征。但作为一种倾向老年社会群体利益的财富分配体系,日本介护保险实质并未在制度层面突出年轻群体的经济性社会养老义务。由于社会保险具有较强的制度刚性特征,很难对这些基本制度设定进行全面性的改革,这也导致现行政策变革虽然有效、稳健却始终处于零敲碎打的状态,整体制度财政压力状况无法被扭转的根本原因。所以,对于我国而言,应慎重规划筹资模式与参保范围,在外部环境允许的前提下尽可能地设计具有多元化、累积性的筹资模式和具有广泛性、激励性的参保覆盖政策,在未来人口深度老龄化趋势无法避免的情况下,这是保障我国护理保险制度稳健运行的重要措施。

参考文献:

- [1]海龙,尹海燕,张晓囡.中国长期护理保险政策评析与优化[J].宏观经济研究,2018(12):114-122.
- [2]曹信邦.中国长期护理保险制度构建的理论逻辑和现实路径[J].社会保障评论,2018(4):75-84.
- [3]于潇,赵毅博.日本介护保险制度下的老年护理服务介绍[J].人口学刊,2014(3):25-32.

① 实际上,上文关于介护保险体系变革的内容中,也谈到日本政府开始强化类似于“医养结合”的“社区综合介护体系”(地域包括ケアシステム)的功能,但需要注意的是,这种强化是在逐步完善现有多层次护理服务体系的基础之上建立的。笔者认为,对于我国而言,在相关护理制度和社区基层医疗服务机制没有成熟之前,医养结合的冒进建设非常容易导致类似20世纪60年代日本普遍发生的医疗机构养老现象。

② 例如,日本社区介护服务体系中的“小规模多功能居家照料”(小规模多機能型居宅介護)和“社区日托照料”(地域密着型通所介護),在土地成本高的东京都、神奈川县和大阪府有非常高的供给比例,这对于进一步完善我国特大型城市类似形态的社区护理服务规划(如上海市的“嵌入式养老服务机构”)有重要的借鉴意义,限于主题在此不做赘述。

③ 而随着日本非正规雇佣规模的扩大,劳动者通过非标准化劳动关系来规避强制性社会保险费用缴纳的实际机会也在不断增多,劳动关系形式的变化也是影响社会保险制度稳定性的一个非常重要的外部性因素。

- [4]林丽敏.日本介护保险制度相关问题分析[J].现代日本经济 2018(2):87-93.
- [5]黄万丁 李珍.日本护理保险制度的理念得失及其对中国的启示[J].现代日本经济 2016(3):73-83.
- [6]丁英顺.日本护理保险财政困境及应对措施[J].日本问题研究 2019(3):54-63.
- [7]丁建定.居家养老服务:认识误区、理性原则及完善对策[J].中国人民大学学报 2013(2):20-26.
- [8]厚生労働省老健局総務課.公的介護保険制度の現状と今後の役割(平成27年度)[EB/OL].[2018-8-20].https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/201602kaigohokenntoha_2.pdf.
- [9]田近荣治 油井雄二.高齢化と国民健康保険・介護保険——財政の視点から[J].季刊社会保障研究,1999(2):128-140.
- [10]湯田道生 鈴木亘 両角良子 岩本康志.介護予防給付の導入が要支援者の要介護状態の変化に与える影響[J].季刊社会保障研究 2013(4):310-325.
- [11]小林良二.要介護認定とケアマネジメント[J].季刊社会保障研究 2000(2):167-175.
- [12]赵斌 陈曼莉.社会长期护理保险制度:国际经验和中国模式[J].四川理工学院学报(社会科学版) 2017(5):1-22.
- [13]潘屹.长期照护保障体系框架研究——以青岛市长期医疗护理保险为起点[J].山东社会科学 2017(11):72-79.
- [14]足立泰美 上村敏之.地域密着型サービスが居宅・施設サービスの介護費用に与える影響[J].会計検査研究 2013(3):139-153.
- [15]张乐川.日本 NPO 参与养老服务供给的机制与效果分析[J].现代日本经济 2018(1):84-94.

Analysis on the Idea ,Path and Effect of the Reform of Japanese Long-term Care Insurance System —Based on the Perspective of Fiscal Pressure Mitigation

ZHANG Lechuan ZHONG Renyao

Abstract: The high fiscal expenditure brought by the long-term insurance system is a long-term and heavy burden for the country with a high degree of population aging. It is also unavoidable in the process of building a sustainable long-term care insurance system in China. Focusing on the idea of alleviating the pressure of fiscal expenditure ,Japanese long-term care insurance system is constantly reformed through establishment and adjustment of the standards of insurance participants and payment objects ,the de-institutionalization of service supply and the adjustment of the proportion of obligations of service recipients during the recent decades. Although these changes have a positive effect on the relief of fiscal pressure ,due to the aging of the population and the shortcomings of the early design of the system ,the current heavy fiscal burden of the Japanese long-term care insurance system cannot completely reversed. The experience of Japanese practice can provide the following enlightenment for how to construct and operate a long-term care insurance system in China. It is necessary to have a clear understanding of the independent fiscal system of and the long-term high burden for building a long-term stable institutional framework. The comparative advantage of community services should be fully taken to increase the overall utility of service provision. The fundraising and the scope of participation should be increased and expanded as much as possible to effectively stabilize the government's fiscal burden.

Key words: long-term care insurance ,population aging ,fiscal sustainability ,policy reform

(责任编辑:H)