

# 长期照护保险：国际经验和模式选择

北京义德社会工作发展中心课题组，唐 钧 执笔

（北京义德社会工作发展中心，北京 100024）

【摘 要】在国内，学术界对于失能老人和长期照护的研究，至少也有十来年的时间了。本文从老龄化催生长期照护服务和长期照护保险入手，对诸多相关的研究成果进行比较和整合，并结合国情进行取舍和提炼，试图找出在中国建立长期照护保险制度的合适的途径和模式。

【关键词】长期照护服务；长期照护保险；失能老人；完全失能老人

【中图分类号】C916 【文献标识码】A 【文章编号】1008-9314（2016）05-0042-07

DOI:10.14063/j.cnki.1008-9314.2016.05.006

在国内，学术界对于失能老人和长期照护的研究，至少也有十来年的时间了。十多年来，学者们主要做了两方面的研究，其一是关于“失能老人”的研究，其二是关于“长期照护”的研究。在这些研究中，对于建立长期照护制度最大的贡献相应地也有两个方面：一是引进了“失能”概念的界定及测量方法，这使对长期照护政策用户的选择有了可操作的测量工具。二是介绍了世界各国长期照护制度，使制度创新有了可资借鉴的样本模式。

在相关研究进行了十多年的基础上，现在更需要的是对我们已经初步了解了的国际经验，尤其是关于国别研究的诸多成果进行比较和整合，并结合国情进行取舍和提炼，找出在中国建立长期照护保险制度的合适的途径和模式。

## 一、建立长期照护保险制度的国际经验

在当今世界上，比中国更早进入老龄化社会的诸多国家，主要是发达国家，已经在建立长期照护保险

制度方面积累了相当多的经验。这是我们以下要讨论的问题。

### （一）人口老龄化催生长期照护服务

“疾病往往导致生产能力下降，收入中断或下降，并产生必要的治疗成本”，上述特点决定了社会健康保护在整个社会保障制度中的特殊地位。<sup>[1]</sup>早在1952年，在国际劳工局通过的《社会保障（最低标准）公约》明文规定的九项社会保障项目中，“医疗服务”便名列其中。60年后，2012年的国际劳工大会通过了《关于国家社会保护底线的建议书》。对于“社会保护底线”，国际劳工组织当前工作重点的第一项便是“所有居民都可获得国家确定的可负担得起的基本医疗保健服务”。<sup>[2]</sup>

自从20世纪60年代以后，随着发达国家纷纷进入人口老龄化，包括医疗保险在内的医疗服务制度感受到了从未有过的压力。因为“经验证明，老年群体是疾病特别是慢性病的高发群体”。<sup>[3]</sup>有研究表明：“快速上涨的医疗卫生费用和现代社会发展带来的弊端，在老龄化的压力下，对人的健康提出了巨大的挑

【收稿日期】2016-08-28

【基金项目】北京市老龄办研究课题

【作者简介】唐钧，北京义德社会工作发展中心理事长，中国社科院社会学研究所研究员。

战,医疗卫生改革也因此成为很多国家当前的经济和政治焦点。美国、日本以及欧洲一些国家医疗费用大幅度增长的原因,除了医疗技术发展造成的费用增加,主要是由于人口老龄化。”<sup>[4]</sup>

然而,国际上的进一步研究发现:老龄化并不直接增加医疗费用,实际上增加的是护理费用。杨燕绥、于森在《人口老龄化对医疗保险基金的影响分析》一文中指出:针对将老龄化社会医疗费用的增加归咎于“临终前的短期急性治疗费用”的说法,斯皮尔曼(Brenda Spillmann)和卢比兹(James Libitz)以8万名65岁以后去世的老年人的病案作为样本进行统计分析,研究结果显示:即便是“临终前的短期医疗费用”的大幅增加,但主要也还是护理费用的增加。<sup>[5]</sup>

在《国内外老年人长期照护制度研究综述》一文中,施巍巍指出:发达国家的经验说明,养老保险制度、医疗保险制度虽然日臻完善,但也无法解决老年人的照护问题,甚至由于长期照护制度的缺失,反倒会使这两种保险的收支出现严重的危机,进而影响整个社会保障制度的实施。<sup>[6]</sup>

于是,发达国家从20世纪80年代开始,便有针对性地将政策视野聚焦到“长期照护”(Long-term Care)。具体的政策思路是:首先将本应属于临床护士的工作,基础护理,亦即日常生活照料,从医疗服务中剥离出来;接下来,一部分非治疗性的护理和康复服务,也被从医疗服务中划分出来。所谓“非治疗性的护理和康复服务”,是指其目标不是为了“治愈”,而是为了延缓老年人罹患的慢性病病情发展,并尽可能地维持老人生理机能和精神健康。将上述两项服务合并到一起,就是所谓的长期照护服务。

在日本,为了与医疗服务中的“临床护理”相区别,上述服务被称为“介护服务”。在日本介护工作研究所编写的《日本介护保险》一书中就是这样诠释广义的“介护”一词的:一方面是指在日常生活中衣食住行等方面的帮助,另一方面也包括医疗、看护、康复训练等方面的援助。<sup>[7]</sup>最近,在与日本、我国台湾地区学者的交流中解决了一个长期以来的困惑,就是为什么日本人要将其称作“介护”。其实答案很简单,“介”字是英文“Care”的音译,即“照顾、照料”的意思,加上“护”,即“护理、看护”

的意思,这就构成了一个新名词——“介护”,这与《日本介护保险》一书中的解释基本一致,也很符合现代日语构词的习惯。

在《日本介护保险》一书中又提到“中国的台湾地区为了把对老人等日常生活的照顾和对病人的看护两个方面统一起来,所用的词叫‘照护’,应该说这个概念的外延与日本的‘介护’概念的广义外延基本相似。”<sup>[8]</sup>在本研究中,我们采用的是更符合中文语境的“照护”,并将“Long-term Care”,译为“长期照护”。

还需要强调一点,按照已经形成的国际惯例,很多国家会把长期照护服务归入社会服务的范畴。这表达了两层意思:其一,长期照护服务是由社会服务领域专设的老年服务机构提供的,而不是医疗机构。其二,在专业设置上,长期照护服务要与医疗服务分离,自成一个独立的专业。按照国际惯例,长期照护的专业团队主要是由护士(注册护士)、社会工作者、营养师、康复师和心理咨询师等构成,为老人提供日常照护的是专门从事老年照护的服务人员,譬如在日本,被称为“介护师”和“介护士”。

以上的区分,还是涉及英文名词“Care”。“Care”这个词,几乎是社会福利服务的专用名词。很多研究都提到“长期照护”来源于20世纪80年代英国撒切尔夫人的福利制度改革中所倡导的“社区照顾(Community Care)”<sup>①</sup>。

在20世纪末,发达国家的公共政策有一个普遍的取向,就是“以在经济理性主义的气候下用政治压力削减开支为特征”。在这样的大背景下,非正规护理“在为体弱老年人提供经常性帮助和护理方面所起到的重要作用”开始得到重视。所谓非正规护理,就是由个人的或私营的护理服务来承担照顾和护理老人的责任。<sup>[9]</sup>这样做的目的很明确,就是要降低服务成本。

尤其是医疗服务,通常被看成一种“高门槛”的专业服务。全世界都一样,凡是服务,只要沾上医疗的边,成本就上去了。和日本、我国台湾地区的同行交流,他们认为,提供同样的长期照护服务,社会

① 如尹尚菁所著的《发达国家长期照护服务体系比较》,施巍巍所著的《国内外老年人长期照护制度研究综述》。

服务的价格要比医疗服务低 1/3，也有专家认为可以相差二到三倍。

综上所述，长期照护服务是通过将基本生活照料和非治疗性的护理、康复从医疗服务中分离出来，单独形成一个社会服务体系，从而减轻因人口老龄化导致的医疗费用不断上涨的压力。这种做法从 20 世纪 60 年代以来，已经逐渐为世界各国，尤其是为老龄化程度不断加重的发达国家普遍采用。

## （二）应运而生的长期照护保险

1883 年，德国首创疾病保险制度，开社会保险制度之先河，并对后来其他国家的类似制度产生了重要的影响。<sup>[10]</sup>但是，在医疗（疾病）保险问世一个世纪之后，第五种社会保险制度——长期照护保险诞生了。1994 年，德国颁布了护理保险法。

经过几十年的努力，世界各国的长期照护保险逐渐形成了若干种不同的模式。

在《日本介护保险》一书中，也谈到不同的介护（长期照护）模式，其中举出了日本、德国、丹麦和美国为例，这四个国家的介护（长期照护）模式因财源不同，可分为保险和福利两大类，而“保险和福利最大的区别就在于财源不同”：福利是由国家或地方的行政部门来管理实行，其财源是税金；保险的财源则是从保险的参保者那里征收来的保险费。

在上述四种模式中，丹麦属于福利型，财源是税金，由行政部门来实施；美国属于商业保险型，财源是保险费，由保险公司来经营；德国属于社会保险型，财源是保险费，但由国家来运营；日本在总结和比较了以上各种模式的长处和缺陷之后，设计出了一种新的模式，可称为保险福利型，财源同时来自保险费和税金，由地方和基层的行政机构（市町村）来组织实施。在《日本介护保险》一书中，对四种模式做了这样的评价：“荷兰和德国基本上都是对医疗保险进行的补充，而美国连全民医疗保险都没有，北欧的老龄者介护是社会福利服务的一部分。”“到目前为止，只有日本才真正地建立了一个独立的介护体系。”

从现在找到的资料看，最早出台的类似制度都是从“福利型”开始的，而且大多是“护理保险”。如在相关讨论中，经常被提及的荷兰于 20 世纪 60 年代后期出台的《特殊医疗费用支出法》，其实最初只是其医疗保险立法的一个组成部分，而且倾向于支持机

构服务。后来，服务的范围逐渐从临床护理扩大到了日常生活照顾，所用的概念也逐渐从“护理”演变为“照护”。慷慨的保险给付使荷兰 10% 的老年人和残疾者可以住在各类护理机构中。<sup>[11]</sup>到了 80 年代，人口老龄化的进程加快，这项制度使医疗保险费用不断攀升。于是，就逼出了新的改革思路。

麦克拉·舒恩科（Michaela Schunk）认为：从 80 年代开始，为了缓解护理服务需求的上升和应付不断上涨的护理费用，相应的改革思路就是尽可能地以非正规部门的护理服务来取代正规的服务。“在过去的 20 年中，非正规护理对病残老年人提供照顾方面所做的重要贡献已开始得到人们的承认。‘非正规服务网’在为体弱老人提供经常性帮助和护理方面所起到的重要作用，已经被近些年所做的广泛调查研究证实。”<sup>[12]</sup>

护理保险改革的重点有二：其一，让需要护理的人获得主动权，由他们来选择获得护理的途径和方式。提供护理服务的可以是家人，也可以是邻居、朋友或社区的其他成员。在此基础上，后来出现了扎根于社区的小型服务机构。其二是保险的给付开始面向非正规部门，向需要护理的人选择的护理方式提供资金支持，以支付必需的经济成本。这样的改革方案，在沿用福利型模式的北欧以及英国等国家得到了很好的体现。当今世上的时髦做法，就是国家用福利补贴或者“社会工资”等方式，直接给承担老年人长期照护的家人、其他人员或机构以财政支持。

在相关研究中，美国的长期照护保险以商业保险模式著称，这与美国的医疗保险主要以商业保险为主相关。但是，美国早在 1965 年就建立了两项国家制度，即针对老年人的医疗照顾（Medicare）制度和针对低收入者的医疗救助（Medicaid）制度，这两项制度中同时都包括了为长期照护服务托底的功能。在两种制度中，医疗照顾制度的资金来源于“工资税”（相当于中国的养老保险费），医疗救助制度的资金来源于地方财政。近年来兴起的“综合性老年人照护计划”（Program of All-inclusive Care for Elderly，简称 PACE）。通常是以注册护士为核心，组织起一支包括社会工作者、营养师、康复师和护理员在内的专业团队，为居家老年人提供长期照护服务，其费用由上述医疗照顾和医疗救助制度支付。<sup>[13]</sup>

德国的长期照护保险是一项独立的社会保险制

度,由雇主和雇员双方每月各交工资的0.975%作为保险费。资金存入专门运营医疗保险基金的银行,并由医疗保险机构管理相关的行政和财政事务。在使用时,对申请者有一定的限制,即有一段为期数月的观察期,须待认定确实需要照护时才能使用。资格审查委托给德国医疗保险的医疗服务机构,由医生、护士和长期照护的专职人员进行评定。德国的制度适用范围比较广,不是仅限于老年人,任何年龄的参保者,只要被认定确实需要照护,就可以得到服务。<sup>[14]</sup>德国的长期照护服务目前也主要由私营的社会服务机构来提供,内容包括居家服务和机构服务。

日本的长期照护保险,即介护保险,其特点是:其一,保险的对象明确限定为老年人,其他年龄段的社会成员,即使有照护的需要,也不包括在内。其二,筹资模式是“保险+福利”,即保险支出一半来自政府财政,另一半来自保险费。公民从40岁才开始缴纳保险费。其三,保险直接向被确认有需要的公民提供照护服务,但有需要者也可以选择现金给付,但金额只有接受服务的费用的一半。其四,日本的长期照护服务目前主要由民间机构(NPO)来提供,包括居家服务和机构服务。

需要解释的是,日本采用保险福利模式,有一层考虑是希望新制度一旦实施就能够立刻显示出政策效果来。德国因为采用完全的社会保险模式,所以必须从制度正式实施之前大约半年时间就开始收费。在立法当时,日本国会指出“在没有真正提供服务之前,不希望提前从国民征收保险费。”事实上,在制度实施半年之后,日本才开始征收保险费,之前的服务支出就全部采用了税收支持的福利服务方式。<sup>[15]</sup>

日本的经验中,最重要的是“日本在构筑新制度的现阶段,可以对其他国家的做法进行研究,通过对先例的学习进一步吸收借鉴各自长处的基础上,建立起符合国情的介护保险制度”。

最后,还要强调:世界各国对长期照护服务的历史性选择表明,这项制度背后的理念还有更为深远的内涵。丹麦在1982年提出了老年人医疗卫生和福利服务的三原则“第一,人生自始至终的原则,第二,剩余能力发挥的原则;第三,尊重老龄者自我决定的原则。”<sup>[16]</sup>在国内,也有研究者将其概括为“连续性、自主性、自立性”三原则。<sup>[17]</sup>其中的“人生自始至终”或

曰“连续性”原则,主要就是目前圈内谈论甚多的“原址安老(Ageing in Place)”,特别重视老年生活的人文环境,希望老人能在自己长期居住的住宅和社区中度过晚年。其中的“剩余能力发挥”或“自立性”原则,是强调尽可能地保护和维持老人的自理能力,因此机能康复是长期照护服务的重要任务。其中的“尊重老龄者自我决定的原则”或“自主性”原则,是强调需要什么服务、由谁来提供服务、在什么地方接受服务,等等,都应该由老人自己来做选择和决定。这三大原则与如今联合国倡导的“积极老龄化”、“健康老龄化”是一脉相承的,这些理念应该贯彻在长期照护服务和长期照护保险的设计中。

## 二、建立长期照护保险制度的模式选择

世界各国的长期照护保险,可以说各有各的制度模式。这种制度安排的差异性,既与其现实的社会经济发展的宏观环境关系密切,又受到其历史传统和文化背景的深刻影响。在相关因素中,有两种因素对长期照护服务的推展和长期照护保险的创立起到了“催化剂”的作用。就社会结构而言,是人口结构少子老龄化的副作用;就社会制度而言,是纠结在一起的现行医疗服务体制的商业化倾向和医疗保险制度的脆弱性。因此,要创立长期照护保险制度,也必须从研究这两个影响因素出发,借鉴发达国家的先进经验,结合中国国情,从而找到创立制度的支撑点。

### (一) 长期照护保险是一项独立的社会保险制度

在前文中,我们提到了当前世界上各种长期照护保险的模式,并且分析道:在北欧国家,长期照护是他们整个福利国家制度的一部分;在另一些欧洲国家,长期照护保险只是医疗保险的补充;至于美国,他们连医疗保险都委托给私人公司来经营;只有在日本,才真正建立了一个独立的社会保险性质的长期照护(介护)保险体系。由此而得出的结论是:日本的长期照护保险模式,即将长期照护保险作为一项独立的社会保险制度的做法,可能对我们更有借鉴意义。

强调长期照护的独立性还有其更深刻的社会的和经济的原因。即为了给人口老龄化背景下陷入困境的医疗服务和医疗保险减压解困,于是才有了应运而生的长期照护服务和长期照护保险。需要强调一点,在现代社

会中,医疗服务通常被认为是“高门槛”的专业服务。凡是服务,只要沾上“医疗”的边,成本就上去了,这也使“医疗服务”的可及性常常成为一个难题。所以,在很多国家,都把长期照护尽可能地靠向社会服务这一边,以降低经济成本和机会成本。

我们来看看“十二五”期间与医疗卫生及医疗保险相关的一些数据:2010年,城镇职工基本医疗保险的参保退休人员是5944万人,而到2015年,则参保退休人员已经增加到7531万人。5年间的增长幅度为27%,这是因为50年代初“婴儿潮”时期出生的一代人迈进了老龄化的门槛。

退休参保人员的剧增,加重了医疗保险制度的负担。据相关的公报,2010年城镇基本医疗保险支出为3538亿元,到2015年已经增加到9312亿元,5年中的增长幅度为163%。关于医疗保险支出,人社部只公开报告了城镇基本医疗保险(包括城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险)的总支出,我们也没有办法进一步细分,但还有一个数字可以作为参考。据媒体报道:2009年的职工基本医疗保险参保人员医疗费用为2865亿元,到2014年增加到7083亿元,增长幅度为147%。再看“十二五”期间中国卫生总费用,2010年为2.0万亿元,到2015年增加到4.0万亿元,增长幅度为100%。当然,医疗总费用和医疗保险支出费用的上涨,不完全是人口老龄化所致。但说老龄化是最主要的影响因素,应该是毋庸置疑的。

以上的研究数据表明:为了应对人口老龄化进程加快的负面影响和缓解医疗保险的不堪重负,创立长期照护保险制度势在必行。同时,如果要使这项新制度能够达到预期的目的,又必须使其与医疗保险分离。我们要创立的长期照护保险,是一项独立的社会保险制度。

(二) 长期照护保险应该兼顾健康护理和生活照料

如前所述,长期照护保险的日本模式能够给我们的启迪,我们还可以做出进一步的分析。以下我们用图示的方法来表达我们的意思:从下表中看,在横向上,有三种目标选择,即“偏向于生活照顾”、“偏向于健康护理”、“兼顾两个方面”;在纵向上,有两种目标选择,即“针对老年人”、“针对所有人”。一纵一横,两两交叉,就可以得到六种组合。

长期照护目标的不同组合

	偏重于 生活照顾	偏重于 健康护理	兼顾 两个方面
针对老年人	针对老年人 偏重于生活照顾 美国模式		针对老年人 兼顾两个方面 日本模式
针对所有人		针对所有人 偏重于健康护理 经合组织 模式	针对所有人 兼顾两个方面 德国模式

前文中曾经提到过的经济合作组织、美国、德国和日本四种长期照护的制度模式,就各有各的特点,如图所示,“经合组织模式”,针对所有人,偏重于健康护理“美国模式”,仅针对老年人,偏重于生活照顾“德国模式”,针对所有人,兼顾两个方面。“日本模式”,针对老年人,兼顾两个方面<sup>①</sup>。

如果把长期照护服务完全看作是“健康护理”,尤其是仅仅看作“临床护理”,恐怕有失偏颇。世界卫生组织的一个报告中提出“老年人对长期照顾的需要受到生理、精神和/或认知功能能力减退的影响。”老年人的长期护理需求不仅是由于患病,同时还源自于老年人智力障碍和机能衰退。尤其是后者,相当一部分甚至实际上与疾病无关。如果把长期照护仅仅看作是“生活照顾”,恐怕也是不无偏颇。据世界卫生组织统计,在发达国家,60岁以上老年人口中身体健康的比例超过60%,而我国只有43%左右。<sup>[18]</sup>因此,长期照护制度必须考虑“健康护理”。所以,在世界卫生组织关于长期照护的报告中,是将卫生保健与社会照顾并列的。

因此,统筹兼顾生活照料和健康护理的长期照护模式应该更适合中国的国情。如今的老年人罹患的大多是慢性病,据卫计委官员披露:60岁以上老年人的慢性病患率高达50%以上。<sup>[19]</sup>慢性病的病因更多是社会的因素,尤其与个人的生活环境和生活方式密切相关。所以中国科学院韩启德院士的名言“医疗对人体健康只起8%的作用”,<sup>[20]</sup>在坊间流传甚广。

① 说明一下,上述各种模式中的“美国模式”和“经合组织模式”,是相关的研究者著作中的说法,这里借用来作为一种制度模式的符号,仅此而已。

还有就是美国医生特鲁多的墓志铭“有时是治愈 常常是帮助 总是去安慰”，<sup>[21]</sup>都说明了现代医疗技术的无奈。因此，在确定长期照护的目标时，必然要加入社会的视角，照护的目标常常与疾病治愈无关，而是重在延缓慢性病病情的发展，防止生理的、精神的以及认知上的机能衰退，尽可能地保持老年人的生理的和社会的行动能力。因此，将长期照护仅仅看作“生活照顾”或“健康护理”都是非常片面的。

在长期照护制度中，对“生活照顾”和“健康护理”要统筹兼顾，而且常常还要对“生活照顾”有所偏重。日本的学者多持这样的观点，而这点在中国尤其需要得到关注。最典型的例子是：按国际惯例，病人住院的基本生活照料应该是护士的工作，称之为“基本护理”。但是，在中国，所有的医院都把住院病人的基本生活照料推给病人的亲属。如果亲属无力承担，那就请“护工”来做，服务成本也由此“顺理成章”地由病人及其亲属来承担了。这个例子说明，如果不把“生活照顾”明确包括在长期照护服务和保险之中而且有所偏重，而将之看成是“护理”甚至是“临床护理”的一部分，按照中国已成的惯习，生活照料实际上很有可能根本排不上号。

综上所述，以开放的而不是限于医学的政策视野去看长期照护制度，在政策目标上，必须说“生活照顾”或“健康护理”兼而有之，同时对前者有所偏重。

### （三）长期照护保险应该先从失能老人求得突破

“失能老人最需要生活照料、长期护理、精神关爱，他们应该是养老机构的主要服务对象。许多发达国家已经把失能老人照护作为一项重要的公共政策问题加以研究，他们通过技术、政策、制度、市场手段加以实施”。“到20世纪初，经济发达国家已经基本建立起老年长期照护体系和长期护理保险制度。”<sup>[22]</sup>

如前所述，就长期照护制度的政策用户来说，德国模式是不分年龄地“全覆盖”。这样的模式选择也是发达国家，譬如经济合作组织通常的做法。从理论上说，长期照护应该包括所有年龄段的有需要者，这无疑是最为公平的。然而，在当今世界各国的经济都不景气，已有的各种社会保障制度都遇到很大挑战的宏观背景下，要建立一项新的社会保险制度，谈何容易？但与此同时，人口老龄化的浪潮又来得极其迅猛，老年人的长期照护需求日益突出，形势逼人。因

此，在这一阶段，如果先将长期照护的政策用户落实到老年人群体，可谓天时地利人和无不具备。唯有以这样不求全而求先有突破的策略，才能把新制度建立起来。如前所述，日本长期照护制度中对政策用户的选择，可以给我们启迪。

进一步分析长期照护制度真正的政策用户，从权利的角度看，无疑是全体老人；但从政策实施和具体操作的角度看，则是老年人群体中的一个特殊群体，即失能老人。

如果把长期照护的政策用户先落实到失能老人而不是所有年龄段需要长期照护者，那么，没有得到政策覆盖的主要是其他年龄段的残疾人。《2006年第二次全国残疾人抽样调查北京市主要数据公报》告诉我们：我国60岁及以上残疾人占残疾人总数的比例为53.24%。<sup>[23]</sup>这也就是说，当我们把政策用户锁定在老年人群体时，半数以上的残疾人已经获益了。

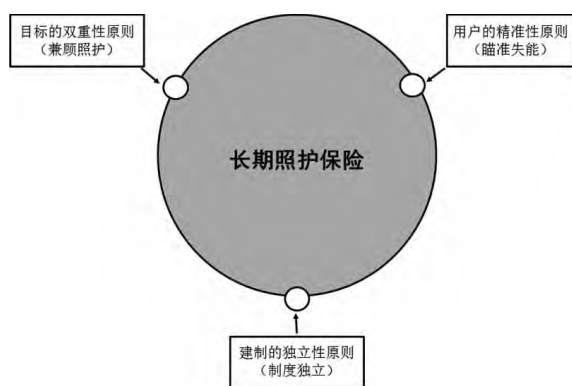
在长期照护政策的视野中，重度残疾人和失能者，重度残疾的老人和失能老人在内涵和外延上其实重合度非常高。从残疾人的角度计算，按公报提到的全国各类残疾人比例6.34%和2015年人口总数13.73亿人计算，残疾人的规模应为8705万人，再按“残疾等级为一、二级的重度残疾人”占29.6%计算，<sup>[24]</sup>重度残疾人应为2577万人<sup>①</sup>。如果也按老年残疾人的比例53.24%推算，重度残疾的老年人应为1372万人。从老年人的角度计算，以老年人口2.22亿人和通常所说的完全失能老人5%的比例计算，2015年完全失能老人应为1110万人。两相比较，后者是前者的81%。因为“完全失能”的定义是用“日常生活活动能力量表”中不能自己吃饭，不能自己穿衣，不能自己上下床，不能自己上厕所，不能自己洗澡和不能在室内走动这6项指标测定的，从定性分析来看，对日常生活的影响要比一部分重度残疾更大。也就是说，重度残疾的范围更大一些，基本上可以把完全失能老人包括在内；反之，则不成立。所以，这两个数字之间的差距是可以理解的。

从建立长期照护制度的策略来讲，一开始就适

<sup>①</sup> 《2006年第二次全国残疾人抽样调查北京市主要数据公报》中没有公布按残疾的严重程度分级的数据，因此只能引用全国的数据。

用所有的失能者，政策对象的范围一下子就扩大一倍。更主要的是，失能老人在时间上是可预测的因而也是可控的，而其他年龄段的失能者则难以预测因而也不可控，至少我们现在还缺乏数据，需要进行更多的调研来进行界定和测量。这个特点，对建立社会保险性质的长期照护保险制度十分重要。因此，先建立解决满足失能老人长期照护需求的社会服务和社会保险制度，把一半的有需要者的问题先解决了。然后，再从重度残疾人的角度解决其他失能者的长期照护问题。分两步来实施，可能是更为明智的选择。

几何学告诉我们：三点成一面，而且最稳定。借鉴上述国际经验，我们将要创立的长期照护模式也可以先确定三个理论上的支撑点（见图）。



建立长期照护保险制度之三原则

这就是：其一，长期照护保险是一项独立的社会保险制度（制度独立），这可以称为制度建构的独立性原则；其二，长期照护制度应该健康护理和生活照顾并重（兼顾照护），可称为政策目标的双重性原则；其三，长期照护制度应该以失能老人为政策用户或曰目标群体（瞄准失能），可称为政策用户的精准性原则。当然，对世界各国经验，借鉴和学习并不意味着照搬。我们还要根据中国的国情和老年人的需要和意愿进行改造。

#### 【参 考 文 献】

[1] 国际劳工局. 世界社会保障报告 (2010-2011) [M]. 人力资源

和社会保障部社会保障研究所, 译. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2011.

[2] 唐钧. 从社会保障到社会保护: 社会政策理念的演进 [J]. 社会科学出版社, 2014 (7).

[3] 穆光宗. 人口生态重建 [M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2016.

[4] 崔玄, 李玲, 陈秋霖. 老龄化对医疗卫生体系的挑战 [J]. 北京: 中国市场, 2011 (16).

[5] 杨燕绥, 于森. 人口老龄化对医疗保险基金的影响分析 [J]. 中国社会保险, 2014 (10).

[6] 施巍巍. 国内外老年人长期照护制度研究综述 [J]. 哈尔滨工业大学学报 (社会科学版), 2009 (4).

[7] [8] [15] 日本介护工作研究所. 日本介护保险 [M]. 张天民, 刘序坤, 吉见弘, 译. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2009.

[9] 霍普金斯等. 21 世纪初的社会保障 [M]. 侯宝琴, 译. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2004.

[10] 唐钧. “长期护理保险”解除老龄化危机 [J]. 中国医院院长, 2015 (17).

[11] 裴晓梅, 房莉杰. 老年长期照护导论 [M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2010.

[12] 舒恩科. 应对病残老年人护理困境的对策: 非正规护理政策的比较 [M]. 侯宝琴, 译. 中国劳动社会保障出版社, 2004.

[13] 何玉东, 孙湜溪. 美国长期护理保障制度改革及其对我国的启示 [J]. 保险研究, 2011 (10).

[14] 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).

[16] 茆长保. 丹麦的老年福利和养老服务及其对中国的启示 [N]. 中国社会报, 2014-03-03.

[17] 建立老年人长期照顾政策的国际共识 [EB/OL]. 世界卫生组织网站.

[18] 中国 60 岁以上老人身体健康比例仅 43% 左右 [EB/OL]. 人民网, 2013-09-26.

[19] 卫生部: 60 岁以上老年人近半患慢性病 其中近亿纳入健康管理 [EB/OL]. 新华网, 2012-10-10.

[20] 韩启德. 医疗对人体健康只起 8% 的作用 [EB/OL]. 中国科学院网站, 2014-05-29.

[21] 秦伯益. 治愈、帮助、安慰 [N]. 光明日报, 2014-08-22.

[22] 潘金洪, 帅友良. 中国老年人口失能率及失能规模分析 [J]. 南京人口管理干部学院学报, 2012 (4).

[23] 2006 年第二次全国残疾人抽样调查北京市主要数据公报 [EB/OL]. 首都之窗网站.

[24] 第二次全国残疾人抽样调查主要数据公报 (第二号) [EB/OL]. 中央政府网站.

责任编辑 葛 卫

**Key Words:** Actively Cope with the Aging Population , Basic National Condition , Basic National Policy , Strategic Thinking

### **The Reconstruction of the Ethics of Filial Piety and the Countermeasures of Aging Population**

*Peng Xizhe Guo Dejun*

**Abstract:** In the process of the formulation and operation of public policies to cope with aging population ,there should be clear value idea and holistic ethical system so that relevant policies will have better effectiveness. This paper takes a dynamic evolutionary review of the traditional ethics of filial piety ,and discusses the negative impact of the decline of filial piety and the weakened family support function on old people's wellbeing. The author proposes that coping with aging challenge should take a more comprehensive view ,restructure the filial piety with new components and present values ,create the cultural atmosphere for the promotion of the filial piety in the modern context ,and make the ethics of filial piety permeate all aspects of life through various ways and other countermeasures.

**Key Words:** Aging Population ,Public Policy ,The Value Idea of Policies ,Ethical System ,The Ethics of Filial Piety

### **Long – term Care Insurance: International Experience and Model Choice**

*Tang Jun*

**Summary:** Domestically Academic circles have studied , the disabled elders and long – term care system at least for ten years. This paper starts with that ageing hasten long – term care services and insurance ,compare and integrate many related research results ,combine with national conditions to choice and refine ,try to find out the right way and model for establishing long – term care insurance system in China.

**Key Words:** Long – term Care ,Long – term Care Insurance ,The Disabled Elders ,The Completely Disabled Elders

### **Analysis on the Development Trend of Individual Account in Basic Endowment Insurance of Urban Employees**

*Li Zhen Huang Wandong*

**Summary:** A product of efficiency concept as the individual account in the basic endowment insurance of urban employees is ,it is proved to be an invalid system by the practices in the past twenty years. If the individual account is still placed in the framework of the basic endowment insurance system ,the problems cannot be solved by either implementation or nominal account. This paper holds the opinion that the thinking about individual accounts must be based on the theoretical premise that individual accounts shall not be deemed as insurance ,not to mention social insurance. A thorough reform must separate the individual ac-

count from the basic endowment insurance to establish a voluntary individual endowment saving system and to realize clear ownership of “public and private” and clear responsibilities and rights of “government ,society and individuals”. Meanwhile ,the multi – support senior income guarantee system which is applicable for all the people can be optimized under the supply – side structural reform.

**Key Words:** Basic Endowment Insurance for Urban Employees ,Personal Account ,Separation Between Personal Accounts and Social Pool

### **Analysis of the Development Path of the Health Care Reform in China Based on the Perspective of Supply – side Reform**

*Huang Guowu*

**Abstract:** At present ,the reform of health care is stepping into its abyssal zone in China ,although the increasing financial input ,but the national sense of satisfy is not strong. This requires us to adjust the traditional ideas and methods of reform ,to re – examine the health system in our country. The supply side of the reform perspective provides an effective path. We need to reform deeply the total and structure of supply ,especially adjustment of the factors of production structure ,such as the proportion of doctors and nurses ,capital and labor ,and primary care service supply ratio for reasonable optimization. From the practice of domestic and international experience ,the supply side reforms ,in the cost of the optimal conditions ,the effective supply as much as possible to increase the medical services; narrowing the gap between supply and demand alleviate the contradiction between supply and demand of medical service especially the quality of medical services ,Improving national satisfaction in the process of reform.

**Key Words:** Health Care Reform ,Supply – side Reform ,Production Factors ,Structure of Supply

### **Game Analysis of Government and Corporate in Land – based Marine Pollution Governance**

*Zhang Jiping ,Wang Yifei ,Li Qianghua*

**Abstract:** The paper aims to analyze management and pollution discharge before the generation of land – based pollution ,policy making and negotiation when land – based pollution worsens ,and monitoring and pollution governance during the governance of land – based pollution of government and corporate ,from the view angel of different stages of land – based marine pollution governance ,and by the guidance of the game theory and the economic methodology. We try to change the conventional thinking of government and corporate ,introduce other governing subjects and strengthen the management mechanism of punishment constraint to improve the main body structure and external environment of them in land – based marine pollution governance.

**Key Words:** Land – based Marine Pollution ,Game