

长期照护筹资模式：OECD 国家的经验 与中国三城市的实践

房莉杰 杨 维

提 要：结合 OECD 国家的长期照护公共筹资模式，以及对这些模式的评估研究，本文以我国三个城市的制度创新为案例，分析和评估了城市的长期照护筹资方式及政策效果。我国的长期照护筹资正在从以“能力建设”为目的的供方补贴为主，过渡到以需方筹资为主。本文认为，长期照护筹资的创新实践建立在原有的民政系统的老年福利和医保部门的医疗保险基础上，因此我国最适合建立“混合型长期照护筹资模式”。从政策效果评估来看，要实现这一模式，既需要医疗保险和服务救济补贴两项筹资方式的各自完善，也需要对二者进行整合。

关键词：长期照护筹资 能力建设 补缺型筹资 长期照护保险 混合型筹资模式

一、引 言

面对中国 3300 万失能人口，无论在资源和服务能力上，家庭都不足以承担长期照护的责任，“社会化养老”，以及政府应承担长期照护的部分筹资责任，已成为学界和政策实践领域的共识。

根据 OECD 的定义，“长期照护”针对的是不能独立维持日常生活的失能者，由正式和非正式的照护者对他们提供长期、持续的医疗和日常生活照料。其中，“日常生活”（Activities of Daily Living, ADL）包括洗澡、穿衣、吃饭、上下床、房间内走动以及如厕等；进一步地，这种自理能力又延伸到“工具性日常生活”（Instrument Activities of Daily Living, IADL），包括做家务、做饭、出门以及最基本的一些社会活动；而长期照护中的医疗护理则包括药物治疗、健康状况监控、预防保健、康复以及姑息治疗等（OECD, 2005; Costa-Font, 2011）。结合中国目前的话

语体系，对这些失能和半失能者提供的包括生活照顾和医疗护理在内的全面的“长期照护”，就是目前社会各界非常关注的“医养结合”的养老服务。随着我国失能老人的日益增加，“长期照护”已从过去笼统的“养老”概念中脱离出来，作为一项独立制度受到关注。

尽管如此，国内对“长期照护筹资”的讨论却有所欠缺。就已有讨论来看，一方面，全面介绍国外长期照护筹资制度的较少，而且仅限于基本介绍（裴晓梅、房莉杰，2010；张盈华，2013；陈鹤，2014）；另一方面，绝大多数对国外长期照护筹资模式的介绍聚焦于“长期照护保险”这一项筹资制度上，如对德、日、荷的长期照护保险制度的介绍（周琛，2008；戴卫东，2007；伍江、陈海波，2012），或论证中国建立长期照护保险制度的必要性和可行性（王东进，2015；林珊珊，2013；耿晋娟、刘晋，2014；唐钧、冯凌，2015；赵曼、韩丽，2015），这导致国内的“长期照护筹资”概念基本等同于“长期照护保险”。

从20世纪90年代开始，大部分OECD国家建立了长期照护的公共筹资，其模式多样，与“长期照护保险”并不等同；尽管我国没有全国统一的长期照护筹资框架，但很多地区已经有相关实践，这些实践也远远不止“长期照护保险”。国内对于长期照护筹资的研究，无论是对国外成熟经验的介绍，还是对国内已有实践的总结，都缺乏对长期照护政策全面的评估。

就社会服务的公共筹资而言，尽管各种筹资模式有很大不同，但是都有两个最基本的分类途径：一是公共筹资的来源，比如社会保险或税收；二是公共筹资的政策对象资格，比如贫困人口（安全网模式）或全体社会成员（普惠模式）。具体到长期照护筹资，无论是OECD国家还是中国，也都可以从这两个途径进行理解和比较，或者说，我们可以结合OECD国家的经验，尝试对我国的地方实践进行分类理解，这正是本文要研究的主要内容。

二、OECD 国家的长期照护筹资模式

OECD国家长期照护筹资已经非常成熟和稳定，其中一些国家出台了相关法律（Brodsky et al.，2000）。按照上述提到的“政策对象资格”，OECD国家的长期照护筹资模式大致可以分为三大类：单一普惠型、补缺型以及混合型。再将“资金来

源”这一因素纳入分析，这三大类又可以分为下述六个子类：1) 以税收为基础的单一普惠型，即以单一制度覆盖失能者的所有服务需求，筹资以税收为基础，不考虑政策对象的收入情况，而只根据失能程度提供补贴，如北欧诸国；2) 以社会保险为基础的单一普惠型，或者是独立的长期照护保险，如德国、日本^①、韩国、荷兰、卢森堡，或者是作为既有社会医疗保险的一部分，如比利时；3) 补缺型安全网模式，即只有收入低于一定标准的失能者才能享受公共筹资，这类模式也是以税收作为筹资来源，比如美国和英格兰；4) 由不同制度覆盖的普惠型，即仍是普惠的，公共筹资只考虑失能程度，不考虑收入情况，但是并非由单一制度覆盖，而是不同服务由不同的制度覆盖，比如医疗护理服务和生活照料服务分属两种不同的制度，两项制度各自独立运行，典型国家是以意大利和捷克为代表的部分南欧和东欧国家；5) “累进制普惠模式” (progressive universalism)，即尽管每个人都有资格享受公共筹资，但是收入越低可享受的公共补贴越高，这类国家包括澳大利亚、奥地利、法国、爱尔兰等；6) 不同的服务内容采取不同的筹资原则，即一部分服务采取普惠式，另一部分服务采取补缺式，如瑞士、新西兰、加拿大的部分省、西班牙等 (Colombo , et al. 2011)。上述三大类、六子类可参见图 1。

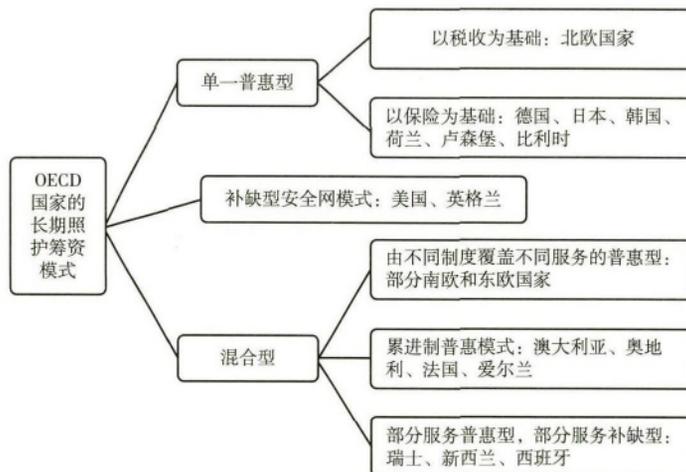


图 1 OECD 国家的长期照护公共筹资模式

① 事实上，日本的长期保险的筹资来源也不仅仅是保险金，而是保险金和税收的混合，两者大约各占一半。

从这些 OECD 国家的情况来看，以社会保险为基础的筹资模式只有少数国家采用，因此远不能以“长期保险”代替“长期筹资”。不仅如此，长期照护筹资比医疗服务等其他社会服务的筹资更为复杂，因为长期照护涉及多项服务内容，尤其医疗护理和生活照料之间比较大的差异。在绝大多数国家，长期照护项目都是由医疗护理和社会服务两个体系的部分内容组成，它不仅要考虑失能者的实际需要，更要符合已有服务的筹资原则，比如医疗筹资和社会服务筹资（WHO，2007）。因此由多项制度整合提供长期照护服务，甚至不同制度之间施行不同的筹资原则有其合理性。事实上，在所有实施正式的长期照护制度的 OECD 国家中，只有美国和英格兰实行补缺安全网模式，以单一普惠制度（包括税收和保险）覆盖长期照护筹资的占三分之一，而其他的国家都是混合模式（Colombo, et al. 2011）。

再结合我国的情况，目前已有越来越多的地方政府开始尝试用医疗保险和专项救助进行长期照护的公共筹资，这两部分内容可以结合 OECD 国家的经验予以理解和评估。然而，中国各级政府的财政投入还有很大一部分投向了服务提供方，尤其是支持养老机构建设和社区养老服务组织的发展；而 OECD 国家的分类却只针对需方，因此其经验难以解释针对供方的政府投入。^①

综上所述，结合 OECD 国家经验和中国的具体情况，本文将三个研究城市的政策实践按照“需方—供方；保险—税收；普惠—补缺（安全网）”的三个维度分为三类筹资方式：以能力建设为目的的供方筹资、针对需方的救济型筹资以及医疗保险对长期筹资的延伸。对这三类筹资方式的评估参考了福利国家已有的社会服务的评估路径。

本文的研究资料是以文献资料为主，辅之田野资料。文献资料主要来源于国内外相关文献以及政府部门发布的文件和数据；田野资料来源于 2013—2015 年在上海市、山东省青岛市、江苏省太仓市三个地区的调研。调研方法以座谈会为主，并在政府部门、社区养老服务组织和养老机构以及老年人中选取了访谈对象。需要进一步说明的是，各个地区的政策实践多种多样，本文选取的三个城市并不能代表中国的全部情况。尽管如此，在这三个城市中，上海是养老服务体系建设起步最早、各方面发展最为成熟的地区；青岛是国内第一个实施半独立的长期护理保险的地区，

^① 事实上，少数 OECD 国家也有针对供方的筹资，比如德国和奥地利的部分省和社区对供方的补贴（Fernández, et al., 2009）。但是总的来说，供方筹资的情况比较少，而且大多不是全国性的、制度化的稳定筹资，研究文献对这类筹资的讨论也不多。

这方面的经验最为丰富；太仓属于一般性发达地区，与其他东部地区类似，也有一些独创性的筹资实践。这三个城市在长期照护筹资方面是比较有创新性的。同时，根据我们在四川、贵州、福建、北京、辽宁等其他地区的调查，我们认为这三个地区的政策实践基本能够反映中国长期照护筹资的发展方向。本文以三个具有代表性的地区制度创新案例，重点讨论我国长期照护筹资的实践效果和发展趋势。

三、我国三城市的长期照护筹资实践

如上文所述，本文将三城市的政策实践分为以能力建设为目的的供方筹资、针对需方的救济型筹资以及由医疗保险延伸出的长期筹资三大类。依时间顺序，政府对长期照护的公共筹资起步于供方筹资，旨在提高服务提供能力，以缓解供不应求的问题；接着通过扩大救济对象，支持低收入者接受更多生活照料；而以医疗保险为基础的筹资则是2010年以后才开始的，目前尽管开展试点的城市非常少，但却有可能是未来筹资额最大、影响力最强的筹资方式。

（一）长期照护筹资类型之一：服务提供方的能力建设

2006年，国务院办公厅发布的《关于养老服务业发展的意见》中提出要建立“以居家养老为基础、社区服务为依托、机构养老为补充（后修改为‘机构为支撑’）”的服务体系建设原则，这成为中国养老服务体系框架建设的最基本的指导性原则。随后出台的很多重要文件，都一脉相承地强调养老服务供方建设。地方政府据文件指导都相应制定了“9073”或“9064”的建设目标，即90%的照料服务由居家养老提供，7%或6%的照料服务由社区满足，而养老机构的床位数要达到当地老年人总数的3%或4%。在这一原则实施的最初几年，各地养老服务体系建设的重点是增加养老机构床位数，而2008年以后的文件越来越强调“社区居家养老服务”。为了实现上述目标，各地不同程度地为养老机构和服务组织提供财政支持。传统的政府直接举办公立养老机构的方式有了实质性改变。

我们调查的三个城市中都有针对供方的筹资。总的来说，政府对于养老机构和社区养老服务组织的资金支持主要集中在下述三个方面：一是开办补贴；二是日常运营补贴和以奖代补；三是传统的由政府直接兴办公立养老机构。

1. 开办补贴

(1) 养老院的情况

按照所有权分类，养老机构可以分为公立和私立两类。原有的公立养老机构主要由政府兴办，所以不存在开办补贴的说法；而为了鼓励私立养老机构的发展，新建的机构基本上都能得到政府的开办补贴。

按照床位数的多少分几年进行补贴是最普遍的开办补贴方式。在我们调查的三个城市中，上海市徐汇区每张床位可以申请 1 万元的开办补贴，太仓的补贴为 0.5 万元至 1.5 万元/床位，青岛对新建养老机构每张床位提供 1.2 万元的开办补贴，对改建养老机构，每张床位提供 0.6 万元的开办补贴。这些补贴都不是一次性的，而是分几年给付。

(2) 社区居家养老

早在 2004 年上海市就根据“万人就业”项目，规定每创立一个非正规就业的组织，就可以从就业促进基金里申请一笔成立经费。通过这样的途径，上海市的社区助老服务组织得以广泛建立，服务人员以中年下岗工人为主。截至 2012 年底，社区实体服务组织有 231 家社区助老服务社、313 家社区老年人日间照料中心、492 个社区老年人助餐服务点，覆盖全市的社区居家服务网络基本建立。

太仓市 2013 年启动了 33 家社区日间照料中心的建设，按照建筑面积提供开办补贴。对于新建的日间照料中心，实际财政补贴额度在每家 30 万元到 100 万元之间；对利用现有房间改造的日间照料中心，实际财政补贴额度在每家 5 万元到 15 万元之间。

2. 日常运营补贴和以奖代补

除一次性、分几年给付的开办补贴外，三城市都有以支持养老机构日常运营为目的的补贴，这种补贴则不仅基于床位情况，而是考虑了服务人员、建筑面积等多个方面。

在三个城市中，上海市对民营养老机构的运营补贴最为复杂，以徐汇区 2013 年的政策为例：人员补贴——护理员高级工每月 400 元，中级工 300 元，初级工 200 元，上岗证 100 元；租赁补贴——每平方米每月 5 元；床位补贴——每位本区户籍的入住老人每月 200 元；院长奖励补贴，即根据考核评定分别是每月 300、400、500 元不等。此外，还包括“以奖代补”的形式减少房屋租金、机构运行五年以后一次性 20% 的修理补贴、给养老机构统一购买意外责任险等。

太仓市的运营补贴为 80—250 元/月/使用床位，针对持证上岗的护工的特岗补贴为：持初级、中级、高级职业资格证书的护理员，每月各享受 80 元、100 元、200 元的工资补贴，以及 200 元、500 元、1000 元的一次性从业奖励。

青岛市按照户籍老人的实际入住情况，对非营利养老机构，给予 200 元（自理老人）—300 元/人/床（失能半失能老人）的运营补贴；对于为入住老年人购买意外伤害保险（150 元/人/年）的养老机构，每人每年给予 120 元补贴。

在社区服务组织的运营补贴中，上海主要通过项目补贴、购买服务以及“以奖代补”的形式多渠道地给予资金支持；太仓根据服务人数和考核情况，每年为每个日间照料中心提供 10 万元以内的运营补贴，这一额度可以保障基本的人工和水电费用；而青岛则给予社区老年人日间照料中心每年 5 万—10 万元的运营补助，给予设立在老年人家中的“社区养老互助点”每年 100 元运营补助，对为失能半失能老人提供服务的居家养老服务组织，每年给予 1 万—7 万元补贴。

3. 以收支两条线方式进行筹资的公立养老机构

我国传统的公立养老机构都是由政府直接举办，在日常运营上采取行政化管理。从我们调研的三个城市来看，青岛市已经改革了公立养老机构的筹资和管理方式，实现了公办、民办补助标准的统一，并注重城乡养老服务均等化。而太仓和上海的部分公立养老机构仍延续过去的“收支两条线”的模式。

以 2013 年的上海市徐汇区第一养老院为例，作为全额拨款的事业单位，养老院的财务实行收支两条线，即入住老人缴纳的费用全部上缴财政，而日常运营和工资等全部开支由区财政拨款解决。2012 年福利院的实际年收入不足 300 万元，而区财政对该福利院的拨款是每年 700 万元左右。对比私立养老机构，尽管有如上文所提到的开办和运营补贴，但私立养老机构的运营情况仍不能跟公立养老机构相提并论——对于中等水平的私立养老机构而言，政府补贴仅占其总收入的 10%—15%；同等服务标准下，其服务价格必然要高于公立养老机构；而且人员工资更低，护工的流动性也更大。

太仓公立养老机构的情况与上海类似。2008 年太仓对农村敬老院进行转型升级，当年投入 1.5 亿元新建三个大规模公立敬老院，以替代原有的农村敬老院。太仓的公立养老机构也实行的是收支两条线式的管理，由政府物价部门制定服务价格，收入全部上缴，而机构的全部运营经费都由财政承担。而私立机构的生存空间非常有限，截至 2015 年底，尽管有支持私立养老机构的政策，但是实际上并没有私立机

构提供服务。

传统方式下私立和公立养老机构的筹资有所不同。事实上，公立养老机构都处于改革和重新定位中。2015年，上海出台了《关于保基本类养老机构名单管理的指导意见（试行）》，根据这份文件，未来上海公立和私立养老机构的功能定位会有所区别，公立机构主要起保底的作用，而公建民营和私立机构将占绝大部分，它们将服务于一般人群。而按照苏州市的要求，2020年公建民营和私立养老机构的比例要超过70%，因此太仓正在酝酿公立养老机构的改革，也就是说，太仓收支两条线的公办养老机构筹资模式将会在未来几年中发生根本性变化。

4. 供方筹资：我国长期筹资的主要方式

就OECD国家的情况而言，尽管针对供方的筹资也在一定范围内存在，但是这类筹资占的比例非常小，主流文献中鲜有将其纳入主要筹资方式进行讨论。但是供方筹资却是我国目前长期筹资的主要方式，事实上，这种“中国特色”所反映的正是我国进入老龄化社会之后，快速的老龄化趋势与服务提供能力不足之间的矛盾。

理解这类供方筹资，需要理解改革之前的情况。计划经济时期形成、一直延续到21世纪初的中国“社会化养老”主要是民政部门的责任，由政府直接举办的养老机构，主要解决的是为数极少的农村“五保”和城市“三无”老人的机构养老问题，或者叫作“集中供养”（洪大用等，2004）。因此，我国长期照护制度发展之初面临的状况是服务提供的严重不足——公立机构的数量和床位都严重不足，私立机构和社区养老更是无从谈起。即使建立了如OECD国家的需方筹资制度，也无法提供足够的服务。所以我们可以将2006年到2010年理解为类似于日本的“黄金十年”初期，这一阶段筹资的主要任务是增加养老服务提供的数量和能力。在公共筹资支持下，2006年以来，养老机构床位数增长非常迅速。根据民政部历年统计公报的数据，从2006年到2014年，每千65岁以上老人的床位数从18张增加到28.3张，接近“9073”中30张的目标。

针对供方的筹资除了致力于增加数量外，还有服务体系规划的意涵。这主要表现在，一是通过不同的补贴方式实现养老服务体系规划、各类机构和组织分工定位的目标，比如三个城市对养老机构的补贴政策类型繁多、规定细致，旨在通过这些政策推动机构的标准化建设、鼓励更多的养老院接纳中重度失能老人、鼓励护理人员提高服务能力等。也就是说，作为支持能力建设的一种筹资方式，三个城市的供

方筹资体现了很强的“政府引导”的特色，它已经超越了单纯鼓励养老机构发展的阶段，而兼具规范和形塑养老服务体系的作用；二是公共部门改革，比如上海和太仓的公立养老机构仍然延续过去政府直接举办服务、行政化管理的政策惯性，但是根据规划，最近几年将会发生比较大的变化，大部分公立机构将改为公建民营，而青岛则已经完成了公私同等待遇的改革，而有针对性地公共筹资，则是这些公共部门改革的重要手段。

（二）长期照护筹资类型之二：针对需方的救济型筹资

针对农村“五保老人”和城市“三无老人”的救济型服务是中国传统“社会化养老服务”的内容。然而，改革开放以来，随着集体经济的解体，农村“五保供养”制度在很多地区都名存实亡（洪大用等，2004）。不仅如此，随着市场改革的推进和老龄化程度的加深，低收入老人的养老服务问题也在凸显。因此中央文件强调，“在购买机构养老服务方面，主要为‘三无’老人、低收入老人、经济困难的失能半失能老人购买机构供养、护理服务。”^① 满足“三无”和“五保”老人的服务需求是国家的最低要求，而经济条件较好的地区在此基础上都扩大了救济范围。由此看来，针对需方的筹资是一项建立在原有的救济型制度基础上的筹资方式，救济享受者要经过收入核查才能获得资格。

1. 享受对象的资格

在我们调查的三个城市中，这种传统的民政救济型的筹资都从过去的“五保”和“三无”老人延伸到了广义的低收入群体。

上海市享受政府救济型补贴的群体是：城乡最低生活保障家庭中的老年人，享受全额的养老服务补贴；本人及其配偶家庭人均收入高于本市城乡最低生活保障标准、低于本市城乡低收入家庭标准的老年人，享受80%的养老服务补贴；80周岁及以上、本人月收入高于本市城乡低收入家庭标准、低于本市上一年度城镇企业月平均养老金的老年人，享受50%的养老服务补贴；上述2、3两类对象中，无子女或90周岁及以上高龄的老年人，在以上待遇基础上再叠加享受20%的养老服务补贴。

太仓市列出了七类失能人群，可以接受政府的居家养老服务补贴。这七类人群

^① 《关于做好政府购买养老服务工作的通知》（财社〔2014〕105号）。

又可以分为两部分：第一部分是低收入者，包括低保和低保边缘人群、家庭人均收入在低保标准 2 倍以内的独生子女父母、家庭人均收入在“五保”供养标准 2 倍以内的无子女老人或子女重度残疾的老人；第二部分是以身份划分的“优待”人群，包括市级以上劳动模范、重点优抚对象、归国华侨以及 100 周岁以上的老人，这部分人群事实上一直是太仓传统的老年福利“优待”对象。

青岛市自 2011 年就开始以区县为单位为失能低收入老人购买居家服务，2014 年底将其作为政府责任，写入了《青岛市养老服务促进条例》——对本市未入住养老机构的“三无老人”和农村“五保老人”、城乡低保人员中的失能和半失能老年人、贫困重度残疾老年人以及经济困难的“失独”老年人，区（市）政府为其购买居家养老服务。

2. 救济型筹资的内容和标准

上海市已经将低收入失能老人的居家生活照料纳入了制度化的财政补贴，而且补贴水平在逐年提高。根据 2015 年的最新标准，轻度、中度、重度三个照护等级的服务量分别设定为 30 小时/月、40 小时/月、50 小时/月，服务小时单价分别调整为 15 元/小时、17 元/小时、20 元/小时。尽管这是面向居家养老的补贴，但是照护等级为中度及以上的老年人在区县民政部门指定的养老机构接受机构养老服务时，其享受的养老服务补贴可用于抵扣养老机构护理费。

太仓市的救济补贴标准是：对重度失能者提供每月 960 元（48 小时）的服务，对轻中度失能者提供每月 720 元（360 小时）的服务。前文提到的七类人群都可以免费享受这些服务，超出部分则需要自付。此外，在机构养老的救济补贴方面，对于“五保”老人，如果愿意入住养老机构，无论失能与否，政府都以 980 元/月的价格向公办养老机构购买服务（这一价格低于养老机构 1800 元/月的最低价格标准，“五保”老人免费入住。对于重度失能的“五保”老人，则由医疗保险和民政部门的救助资金共同支付其在养老院的医疗和生活护理费用。

青岛市根据低收入老人的失能程度每月给予 45—60 小时的上门服务，城镇每小时补助 15 元，农村每小时补助 10 元。此外，对于愿意入住社会化养老机构的“三无”和“五保”老人，政府给予 80% 的补助。

3. 救济型筹资“安全网”模式的发展

从上述三城市的情况来看，它是建立在传统的民政救济基础上的筹资方式，但是它亦突破了过去救济对象和救济标准，而正在向现代制度意义的“安全网”

模式发展。这三个城市在政策对象的资格认定中都采用了“安全网”模式下的双重认定标准——收入和失能程度，即只有收入低于一定程度，并且也通过失能评估才能享受救济。尽管如此，三个城市也只是处于“安全网”模式构建的初步阶段。这是因为，所谓“安全网”模式背后的逻辑在于，将有限的资源用于最需要的人群，因此制度设计越精细，其针对性程度越高。而在本文的三个城市中，只有上海的制度精细化程度比较高，而另外两个城市对救济对象的认定和补贴标准仍较为粗放。

正是因为这是建立在传统的“民政福利”基础上，其目前的落实也主要是由民政部门负责，因此这些救济补贴亦仅针对传统的“日常生活照顾”，并没有将“医疗护理”包括在内。此外，政府对于居家养老的补贴主要是通过服务券的方式，购买指定机构和组织的服務，而非现金形式。

（三）长期照护筹资类型之三：医疗保险的延伸

2008年，由城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险、农村新型合作医疗三大支柱组成的医疗保障体系覆盖了95%以上的人口，因此中国被认为建立了人口全覆盖的全民医保体系，这成为以医疗保险的形式进行长期照护筹资的前提条件。2010年之后，部分东部沿海城市逐渐尝试将长期照护中的医疗护理纳入医疗保险予以报销，或者专门在医保中划出一部分作为半独立的“长期医疗护理保险”，如青岛。

在本文的三个案例城市中，太仓将医院和养老机构设立的护理病床纳入医疗保险，青岛实行半独立的“长期医疗护理保险”，这两个城市分别代表了目前我国通过医疗保险对长期照护进行筹资的两个典型类型。与之相区别，上海主要是针对城镇职工医保的参保者，对其在护理院发生的住院费用，或者是部分“家庭病床”的费用纳入医保住院报销，这实际上仍是医疗保险的范畴，在长期照护领域的制度创新性和作用都不大。因此本文将重点介绍太仓和青岛所代表的两种筹资类型。

1. 半独立的“长期医疗护理保险”：青岛案例

青岛市于2012年7月启动了“长期医疗护理保险”。制度实施之初，仅覆盖参加城镇职工医疗保险和城镇居民医疗保险的参保人，而不包括农村新农合的覆盖人群。从筹资渠道上看，青岛市长期医疗护理保险主要通过调整基本医疗保险统筹金和个人账户的方式筹资，用人单位和个人不再另行缴费。可以被纳入长期医疗护理

保险报销范围的服务包括以下四类：一是医疗专护（下简称专户），即二级及以上定点医疗机构医疗专护病房的护理服务；二是护理院医疗护理（下简称院护），既包括专门的护理院的病床，也包括有医疗资质的养老机构的护理病床；三是居家医疗护理（下简称家护），指护理服务机构派医护人员到参保者家中提供的医疗护理服务；四是社区巡护（下简称巡护），指护理服务机构派医护人员到参保人家中提供巡诊服务。尽管青岛市长期护理保险的报销范围在一定程度上超出机构护理的范围，但是家护和巡护两种非机构式的服务都不是 24 小时的连续式护理。长期护理的服务收费也是采取定额包干的形式，其中专户价格为 170 元/天；院护价格为 65 元/天（2015 年以前是 60 元/天），家护价格为 50 元/天。

2015 年开始，青岛的长期护理保险进行了比较大的改革。标志性文件是 2014 年底颁布的《青岛市长期医疗护理保险管理办法》，它取代了 2012 年颁布的《青岛市长期医疗护理保险实施细则（试行）》（下简称《细则》）。其中最显著的两项改革之一是缴费和报销标准相关的改革。《细则》实施之前，城镇职工和城镇居民尽管缴费标准不统一，但报销标准是统一的，即院护和家护是 96%，专户是 90%。2015 年开始，缴费标准不同，报销比例也存在区别：参保职工可以从上述四种中任选一种，报销比例是 90%；一档缴费居民的年缴费额是 350 元，只享受专户、院护、巡护的报销，不享受家护报销，报销比例是 80%；二档缴费居民的年缴费额是 110 元，只享受巡护的报销，报销比例是 40%，也就是说，二档缴费居民实际上无法真正享受医疗护理报销。按照这些价格标准计算，以最常见的院护为例，城镇职工医疗保险的参保者自付 195 元/月，一档缴费居民自付 390 元/月。此外，生活照顾和餐费也需要老年人自己支付。视老人的失能状况和养老机构的服务档次，一般养老机构的餐费和生活照顾费总计在 800—1600 元/月。也就是说，所有参保的失能老人的自付费用每月都可以控制在 2000 元以内，且城镇职工医保参保者和城镇居民医保参保者在自付费用方面的差异不大。另外的制度进展是覆盖人口的变化。由于城市居民医疗保险和农村新型合作医疗整合为统一的（城乡）居民医疗保险，因此农村人口也被纳入长期护理保险中，即实现了人口的制度全覆盖。

2. 将医疗护理纳入医疗保险：太仓案例

太仓市已将“新型农村合作医疗”和“城市居民医疗保险”合并为“城乡居民医疗保险”。在城镇职工医疗保险和城乡居民医疗保险的基础上，太仓于 2010 年开始尝试医养融合的养老院和护理院建设，确定了八家机构的 590 张床位作为医保报

销的医疗护理床位，针对的是卧床不起的重度失能老人。这八家机构包括三家公立养老机构、三家民办医院以及两家乡镇卫生院。这些护理床位都会给服务对象提供医疗护理和生活照料服务，但是在支付方面是医养分开的。

具体而言，对于这 590 张床位，医疗护理采取 100 元/天的包干付费形式支付给（合作的）医疗机构，其中包括了床位费、护理费、药费三大部分。这笔费用由医疗保险报销和个人自付部分共同承担，而不同的险种报销比例是不一样的：城镇职工的报销比例是 90%，个人自付 10%，即 300 元/月；城乡居民医保的报销比例是 50%，个人自付 50%，即 1500 元/月。除此之外，生活护理和伙食费额外（自费）支付给入住机构。以太仓市沙溪镇养老院为例，重度失能老人的生活护理费是 1200 元/月（40 元/天），中度失能老人的生活护理费是 1050 元/月（35 元/天），伙食费是 300 元/月。这部分费用全部自费，没有任何补贴和报销（“三无”和“五保”老人除外）。综合算下来，一位享受城市职工医疗保险的重度失能老人，每个月医保报销 2700 元，需自付 1800 元；而一位享受城乡居民医保的重度失能老人，每个月医保报销 1500 元，需自付 3000 元。正是由于这种自付额的差异，城市职工医疗保险的参保者对这些护理病床的利用率要远高于城乡居民医疗保险的参保者。

总体来看，太仓养老机构平均入住率不足 70%，但是护理病床的入住率却超过 90%，尤其是条件比较好的养老机构，护理病床全满，且有较长的等待名单。尽管被医疗保险覆盖的护理病床的供给远不能满足需求，但是出于制度实施初期对资金安全性的考虑，太仓仍处于制度逐渐推开的过程。

3. 医疗保险筹资方式：医疗服务体系的延伸

从全国整体来看医疗保险筹资的主要特点包括：首先，报销内容只包含医疗护理，主要针对重度失能老人，而不包括生活照料；其次，绝大部分报销都只针对具有医疗资质的养老机构、医院、护理院等，而不覆盖一般性的养老机构和社区居家养老；最后，由于不同医疗保险的待遇差异，长期照护的报销额度在退休职工和居民之间、城乡人口之间都存在较大差异，但是随着城乡医保的融合，城乡居民之间的差异在缩小。

从这些特征可以看出，长期照护受到医疗保险的很大影响。这正是因为这类尝试都是医疗保险的延伸，因此其支付和报销比例也大都遵循的是这三类保险的原则。或者说，这种建立在保险筹资基础上的长期照护可以被认为是我国医疗服务体系的一部分。

四、三城市长期照护筹资的效果评估

从社会政策的角度评价任何一项社会服务，一般会考虑服务可及性、公平性、资金效率、制度可持续性、服务质量等几个维度。世界卫生组织的一份报告认为，一个可持续的长期照护体系必须是费用可及的、公平的、灵活的（Fernández et al.，2009）；欧盟的一份评估报告提出了从服务体系本身的角度评估长期照护的五个目标：服务可及性、服务质量、服务公平性、资金负担以及改善功能性能力和最小化服务需求（Mot et al.，2012）。然而欧洲国家的前提条件是，它们已经建立了正式稳定的长期照护制度，政策对象的服务可及性已经不是大问题，而且也有比较成熟的工具评估服务质量；但是中国处于长期照护制度的发展初期，远没有达到它们的服务水平，也没有完善的工具评估服务质量。考虑到中国在制度建立之初的现实情况，结合 OECD 国家的相关评估研究，本文从服务可及性、服务公平性以及资金使用效率三方面对三城市的公共筹资效果进行评价。

（一）服务可及性

服务可及性受到供需双方的影响：一方面取决于是否有足够的服务供给，以及服务质量如何；另一方面取决于需方是否有足够的经济能力购买服务。因此为了提高服务可及性，可以从增加供给和提高需方购买力的两个方面进行公共筹资，事实上，上述三个城市的案例在这两方面都有涉及。对养老机构和社区服务组织的筹资支持在三个城市都受到重视，这在很大程度上增加了服务供给。然而对需方支持的不同却影响到不同群体的服务可及性。

（1）机构养老

上海对于私立养老机构的补贴力度很大，但是针对机构养老的需方补贴却不多。以上文提到的徐汇区为例，即使在享受了各种财政补贴的情况下，2013 年一般的私立养老机构入住的失能老人，每月的费用大部分在 3000—5000 元之间；而 2013 年上海市企业职工的平均退休工资不足 3000 元，两者相比较，也就是说，中低收入者是不足以依靠自己的经济能力入住养老机构的。而太仓的情况是，就养老机构的护理病床而言，城镇职工医疗保险的参保者每月需自付 1800 元左右，而城乡居民医疗保险参保者每月需自付 2000—3000 元；同期，太仓职工平均退休工资 2300 元，

“新农保”的平均水平是每月 600 元。也就是说，医保筹资主要提高了城镇职工参保者的服务可及性，但是城镇居民参保者的服务可及性仍受到经济状况的限制。青岛的“长期医疗护理保险”对于职工和居民医保参保者的报销比例都比较大，两类群体的自付费用都可以控制在 2000 元以内，跟上海和太仓相比，这无疑大大增加了城乡居民参保者的服务可及性。但是对于收入较低的人口而言，由于救济性补贴水平的不足，服务可及性仍存在问题。

(2) 社区居家养老

三个案例城市的服务救济对象都从传统的“三无”、“五保”老人扩大到所有（户籍）贫困和低收入者的失能者，这是制度层面的一大进步。然而根据上文提到的居家养老的救济补助标准，即上海市的最高补贴标准是每月 1000 元（50 小时）、太仓是每月 960 元（48 小时）、青岛是每月 900 元（60 小时），即使对于失能程度和贫困程度最深的救济对象而言，这些补贴只够提供部分做饭、打扫卫生、洗衣服等“家政”服务，而助餐、助浴、助厕等需要更频繁帮助的服务显然无法提供。而且社区居家养老只有针对低收入群体的少量生活照顾的补贴，对于中等和中等偏下收入群体是没有任何政策支持的，这部分人的服务可及性也存在很大问题。也就是说，这些救济型补贴还不足以起到“安全网”的兜底作用。

此外，如果将机构养老和社区居家养老的需方筹资进行比较可以发现，服务可及性的不足很大程度上来源于医疗护理和生活照顾这两个独立体系的整合不足——机构养老的需方筹资主要来源于医保部门，它遵循的是医疗保险的筹资原则，既不覆盖服务对象的生活照顾，也不关注低收入者的服务；与此相反，社区居家养老则主要遵循的是社会服务的社会救济的原则，既不是普惠的，同时也不覆盖失能者的医疗护理服务。

(二) 服务公平性

所谓“公平性”讨论的是如何确定“政策对象的资格”的问题。随着老龄化给发达国家带来的财政负担的加重，目前讨论的重点已经不是如何扩大政府投入，满足所有需要，而是如何使有限的资源得到更充分利用。这影响到对于“公平性”的理解的变化——即公平不再意味着有需要的人都得到同样的服务，而是保证将资源投向需求层次最高的群体。因此关于政策的“针对性群体”（targeted group）的讨论已经成为热点议题（Gilbert，2000）；而即使普惠的长期照护筹资模式也并不排除提高资金的

针对性，而且很多国家实际上正在朝向“针对性普惠主义”（targeted universalism）发展（Colombo et al. 2011）。

在本文的三个案例城市中，服务公平性方面表现出的问题在很大程度上与上述服务可及性的制度原因类似，这在机构养老方面的表现尤其明显。上海、太仓、青岛三市中，越是收入低的群体，对于机构服务的利用越表现得不足，只是三个城市的程度不同——上海的利用程度最高，无论是职工还是居民，供方筹资的不足都阻碍了中低收入群体对机构服务的利用；太仓次之，主要问题在于城镇职工医疗保险和城镇居民医疗保险的待遇存在较大差异；青岛的公平程度最高，城镇职工和居民医疗保险的待遇差异不大，但是针对机构养老的救济的欠缺，仍使低收入者的服务可及性不高。

正如上文所言，除了针对需方的筹资外，这三个地区的很大一部分公共筹资实际上流向了供方。换句话说，由于补贴需方的筹资力度不足且公平性欠缺，无法释放中低收入阶层的有效需求，于是享受机构养老服务的大部分是中高收入群体，再叠加补贴供方的筹资方式，因此政府对供方的补贴间接流向了中高收入群体，这使这项公共筹资反而起到负向的收入调节作用，加剧了不公平程度。

综上所述，从上述三个城市案例来看，针对养老机构有限的供方筹资，虽然增加了服务供给，但是同时却扩大了公共资源分配的不公平性；医疗保险的介入可以缩减这种不公平性，不过这也依赖于医疗保险本身的制度设计在多大程度上考虑了不同参保群体的公平性问题；而如果再未雨绸缪地考虑“针对性政策对象”的前沿观点，现有的医保支付原则不仅不是“累进制”的，甚至跟“针对性普惠主义”的公平观是相悖的。

（三）资金使用效率

如何让单位资金发挥最大的效用，这是费用控制的主要思路，因此也是实施正式的长期照护制度的发达国家最为关注的问题之一，它跟制度的可持续性密切相关。事实上，上述“针对性政策对象”既是公平问题，更是资金效率问题。2013年青岛市在只覆盖城市职工和居民的情况下，仍由福利彩票资金补贴2000万元才得以保证这项保险的正常支出，而目前扩大到农村居民的改革只实施了一年，其资金平衡情况还未可知。因此出于费用控制的考虑，未来只能从降低报销标准和提高政策对象

的针对性两方面进行改革，显然，后一种选择是更可取的。

除了“针对性政策对象”外，目前讨论比较多的提高资金使用效率的途径还包括鼓励居家照护和非正式的家庭照护以及对服务提供者实行恰当的激励（Colombo et al. ,2011）。我国目前对公立养老机构的改革、政府有针对性地设计补贴项目和购买服务等，对于激励服务提供者提高效率有显著作用；但是针对需方的筹资设计却并没有对居家照护起到有效的鼓励作用，家庭非正式照护更未得到鼓励。

就鼓励居家照护而言，在本文调查的三个城市中，上海的重视程度最高，从2000年上海就开始规划和支持社区居家养老服务组织的发展，目前其社区居家养老服务提供的内容也最为全面，对需方的支持力度也是最大。截至2012年底，徐汇区共有23.4万名老年人，其中有2.3万名老人接受了政府支持的社会组织提供的居家养老服务，这其中又有6809名享受政府补贴。青岛和太仓虽然起步晚，但也将居家养老服务当作发展重点。尽管如此，由于政府对居家养老服务的需方补贴是针对贫困人口的补缺型的，且只提供数量有限的针对生活照顾的补贴；再随着普惠型的医疗保险对长期照护覆盖面的扩大，而该制度又只针对有医疗资质的养老机构和医疗机构，那么这两项制度共同作用的结果必然是更加鼓励失能老人利用机构服务，而非居家服务。

再看对于非正式家庭照护的支持。目前国际上普遍认可的一个观点是，要承认家庭中全职照护者的经济价值，而不仅仅把他们当作“志愿者”看待（Glendinning et al. ,1997）。以这一观点为背景，很多国家采取优惠政策支持子女和老人同住；将现金直接支付给政策对象，让他们自主选择由家人还是专业机构提供服务；以及对非正式照护者提供喘息服务等支持性服务（OECD,2005）。然而就本文的三个城市而言，并没有将这一问题纳入考虑范围。三个城市都是以服务券的形式购买居家养老服务，服务券只能在指定的服务组织和机构使用，而不能支付给家人，也不得抵扣老人自请保姆的薪酬；只有上海以招投标项目的形式，在少部分社区提供喘息服务等支持性服务，但是仍只是停留在项目，并没有上升到稳定的制度层面；而鼓励子女和老人同住等其他优惠政策，在三个城市都还没有。

五、总结与讨论：走向公平可及的混合模式

如上所述，随着供方筹资带来的服务能力的提高，需方购买力不足的问题凸显，供方筹资并不足以解决可及性问题，甚至还会扩大公共资源分配的不公平程度；而且在市场经济条件下，有效需求释放的不足也会反过来阻碍供方的发展。因此在 2010 年以后，长期筹资越来越注重需方，也就是上文分析的对于服务救济对象的范围的扩大以及医疗保险的介入。可以预见，随着供方服务能力的提高和服务体系的完善，与 OECD 国家类似，中国的长期筹资将转向需方为主。那么接下来的问题是，未来中国的需方筹资将具体走向何种模式？结合上文的分析和评估，如何改革才能解决目前政策存在的问题？

回顾 OECD 国家长期照护筹资的类型，尽管长期照护服务在很大程度上是医疗服务的延伸，但是长期照护的筹资类型却远比医疗服务筹资复杂得多，这是由于前者是建立在已有的各种制度基础上的多项服务的整合，因此必然受到已有的相关服务的筹资方式的影响。而上述我国的三类筹资实践也可以用这一逻辑理解。如图 2 所示，根据上文分析的三类筹资方式可知，其中供方筹资和针对贫困群体的救济补贴是对两类传统筹资方式的扩大和改革，其责任主体仍是民政部门；而医疗保障的全民覆盖给长期照护的医保筹资提供了制度基础，普惠式的保险制度和医保部门因此加入进来。也就是说，由于中国的社会服务和医疗服务分属不同的部门，采取的是完全不同的制度，基于已有的相关制度框架和目前正在进行的地区实践，中国未来最可能走向的是“混合型的长期照护筹资模式”——医疗护理由普惠型的保险提供筹资，而生活照顾则以税收为筹资渠道，至少目前先以补缺型安全网的形式起步。

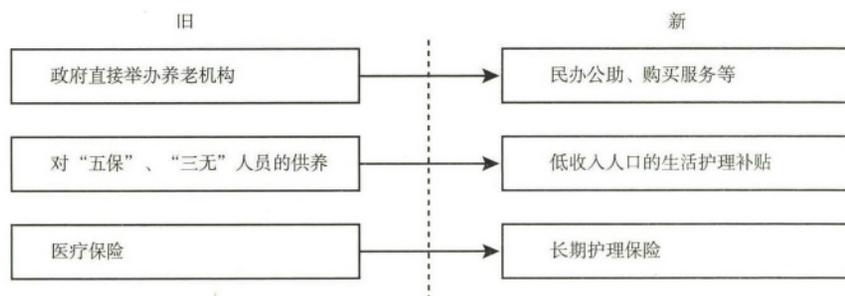


图 2 我国目前长期照护筹资实践的类型与变迁

这一混合型筹资模式是对上述三个案例城市的经验总结而来，然而从上文对这些政策实践的评估可以看出，它们都处于制度发展的初步状态，其服务可及性、服务公平性、资金使用效率方面远远不足。综合来说，未来我国建立“混合型长期照护筹资”模式，既需要医疗保险和服务救济补贴两项筹资方式的各自完善，同时也需要对两者进行整合：即医疗保险需要延伸到居家医疗护理，而救济型补贴也要考虑养老机构的生活照顾服务。

最后本文想说明的是，从以上分析中可以看出，在过去的五年中，中国的长期照护领域发生了巨大变化，大部分长期筹资实践都是在这期间有了突破性进展。实施上，巨变仍在进行中。本文的调查完成于2015年上半年，然而在成文的过程中，又有一些比较大的政策进展正在发生中——比如，北京将会尝试居家养老的子女带薪护理政策，上海市将推进长期护理保险和老年人综合津贴相结合的筹资模式，江苏南通将推行独立筹资的“基本照护保险制度”。本文只是抛砖引玉地纪录中国长期照护筹资在发展初期的状况，以期引起更多关注和讨论，共同促进全国性的公平、可及、高效、高质的长期照护筹资框架的建立。

参考文献:

- 陈鹤, 2014, 《长期照护服务筹资: 国际经验和中国实践的启示》, 《医学与哲学》第9A期。
- 戴卫东, 2007, 《解析德国、日本长期护理保险制度的差异》, 《东北亚论坛》第1期。
- 房莉杰, 2015, 《理解我国现阶段的长期照护政策》, 《北京工业大学学报(哲学社会科学版)》第5期。
- 耿晋娟、刘晋, 2014, 《中国老年长期照护保险需求的宏观影响因素分析》, 《生产力研究》第1期。
- 洪大用、房莉杰、邱晓庆, 2004, 《困境与出路: 后集体时代农村五保供养工作研究》, 《中国人民大学学报》第1期。
- 林珊珊, 2013, 《我国长期照护保险制度的构建与财务平衡分析》, 《福建师范大学学报(哲学社会科学版)》第1期。
- 裴晓梅、房莉杰主编, 2010, 《老年长期照护导论》, 北京: 社科文献出版社。
- 唐钧、冯凌, 2015, 《完全失能老人长期照护保险研究》, 《江苏社会科学》第3期。
- 王东进, 2015, 《从完善社会保障体系的战略高度考量构建长期照护保险制度》, 《中国医疗保险》第6期。
- 伍江、陈海波, 2012, 《荷兰长期照护保险制度简介》, 《社会保障研究》第5期。
- 张盈华, 2013, 《老年长期照护制度的筹资模式与政府责任边界》, 《老龄科学研究》第5期。
- 赵曼、韩丽, 2015, 《长期护理保险制度的选择: 一个研究综述》, 《中国人口科学》第1期。
- 周琛, 2008, 《德日两国的长期护理保险制度比较及我国 LTCI 建立构想》, 《法制与社会》第2期。
- Brodsky, J., J. Habib & I. Mizrahi 2000, "Long Term Care Laws in Five Developed Countries.", Geneva, WHO

- Working Report , http://www.who.int/chp/knowledge/publications/lte_laws_5developed_countries.pdf.
- Colombo , Francesca , Ana Llana-Nozal , Jérôme Mercier & Frits Tjadens 2011 , *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*. Paris: OECD Publishing.
- Costa-Font , J. 2011 , *Reforming Long-term Care in Europe*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Gilbert , N. 2000 , *Targeting Social Benefits: International Perspectives and Trends*. New Jersey: Transaction Publishers.
- Glendinning , C. , M. Schunk & E. McLaughlin 1997 , “Paying for Long-Term Domiciliary Care: A Comparative Perspective.” , *Ageing and Society* 17.
- Fernández , J. , J. Forder , B. Trukeschitz , M. Rokosová , & D. McDaid 2009 , “How can European States Design Efficient , Equitable and Sustainable Funding Systems for Long-term Care for Older People?” , *Policy Brief 11* , *European Observatory on Health System and Policies* , WHO , http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/64955/E92561.pdf.
- Mot , E. , Faber. E. , Geerts J. & Willemé P. (eds.) 2012 , “Performance of Long-term Care System in Europe.” , *ENEPRI Research Report No. 117* , http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20RR117%20ANCIEN_%20Evaluation%20Final%20Report.pdf.
- OECD 2005 , *Long-term Care for Older People*. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD Health Project) . Paris: OECD Publishing.
- WHO 2007 , “Financing Long-term Care Programs in Health Systems.” , WHO Discussion Paper , Geneva , http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_6-longtermcare.pdf.

作者单位：中国社会科学院社会学研究所社会政策室（房莉杰）

英国肯特大学医疗与社会服务研究中心（杨维）

责任编辑：张帆

account ,the new generation of the migrant workers appears to be more active and willing to stay in cities. However ,they have to face more contradictions between the acquisition of living needs and that of individual development.

SURVEY REPORT

The Long-term Care Financing Models in China: OECD Experiences and Three Chinese City Practices *Fang Lijie & Yang Wei* 150

Abstract: Based on the introduction and analysis of long-term care financing models of OECD countries ,this paper analyzed the policy practices of three cities in China. It concluded that the long-term care financing in China is transferring from subsidizing providers for capacity building to supporting the users , in forms of long-term care subsidy to poor elderly population and medical nursing insurance. The innovative practices are built on two existing policy schemes ,that is ,the social relief and health insurance , and each is in charge of different departments. Following the OECD countries experiences , a mixed long-term care financing model should be adopted in China. And it is necessary to integrate and enhance the two systems to improve the accessibility and efficiency.

The Dynamic Mechanism Analysis for China’s Local Government Debt *Zhang Huiqiang* 170

Abstract: Based on the current financing regulations , China’s local governments showed an obvious tendency of “soft constraint” in debt financing. The central government has made many new policies to regulate the local governments’ debt financing , which leads to an alternating model of the “loose-tightening” policies between the central government and the local governments. After the financial crisis in 2009 , the economic stimulus plan that the central government had implemented broke this pattern. The central government and the local governments together increased the scale of debt financing. From the perspective of the relationship between the central government and the local governments ,this article intends to reveal how the central government and the local governments have together enlarged the amount of debt financing greatly.

REVIEW

A Review of Reference Group Theory *Zhuang Jiachi* 184

Abstract: This article reviews current researches relative to the reference group theory , including debates on its concept and the formation of individual’s reference group. The influencing factors to exhibit