

中国社会护理保险可行性研究

陈友华,张 钊

(南京大学社会学院,江苏 南京 210023)

摘 要:中国自2016年开始在国内多座城市建立社会护理保险试点,但以中国当下的国情是否适合建立社会护理保险制度,是一个紧迫、严肃且值得深究的问题。参照其他国家护理保险制度建设经验,并以德国为主要案例,深入剖析社会护理保险可能存在的人力和财力风险,提出了“护理员悖论”概念。指出在社会养老保险基金和社会医疗保险基金亏损、高缴费率、少子老龄化状况下推行社会护理保险风险巨大,目前或许不是中国推行社会护理保险的最佳时期。

关键词:社会护理;保险模式;德国模式;护理员悖论

中图分类号:F842.6 **文献标志码:**A **文章编号:**1671-4970(2022)05-0095-11

一、引 言

由于人的衰老并非线性,即在一段时间内变化不大,但一定年龄后呈加速衰老的趋势,而衰老会带来各种身体器官的病变,故而多数人的长期照护需求更多发生在高龄阶段。因此,当老年人口特别是高龄人口增加时,社会照护需求便与日俱增。同时,妇女作为传统的家庭照顾者,大量地走出家庭,参与社会工作,家庭照护缺口进一步扩大。于是,照护需求被放置到市场或者政府层面,希望由市场或政府配置专业人员提供服务予以满足。但是,老年照护所需成本越来越昂贵,甚至有“一人失能,全家失衡”之说。因而当老龄化浪潮来袭,家庭照护功能日益削弱、照护费用居高不下等一系列风险接踵而

至,当长期照护可能产生的不菲账单成为众多家庭的梦魇之际,人们期待基于国际经验并由诸多学者力荐的“良方”——社会护理保险制度,可以缓解中国家庭长期照护匮乏问题。但这一实践受限于有限的人力财力支撑,以及效果能否在较长时间维持尚未可知。对此,本文将论证其在中国实践的可能性。

本文首先梳理护理保险的概念、种类与筹资模式,为讨论社会护理保险模式可能存在的风险作铺垫。其次,简要介绍世界各国护理保险的发展历程,以德国为例详细分析社会护理保险模式背后的经济成本和社会机制,提出“护理员悖论”概念,指出社会护理保险模式存在“人力”和“财力”风险。最后,借鉴德国经验,并结合中国当下的实际,探讨当前中国设立社会护理保险制度可能存在的风险。

二、护理保险:概念、筹资模式与发展历程

1. 护理保险的概念与种类

根据2019年出台的《健康保险管理办法》,护理保险是指按照保险合同约定为被保险人日常生活能力障碍引发的护理需要提供保障的保险。护理保险至少涉及两方:一方是被保险人,另一方是兑现保险金给付承诺的主体。被保险人往往是普通公民,而承担保险金给付兑现承诺的主体通常是国家、公共基金和商业组织。只有当被保险人与保险承诺兑现实践方签订合同并触发给付条件,被保险人才能够获得给付保险金。而被保险人是否签订合同除了受被保险人的签署意愿影响外,还与被保险人所在地域实行的护理保险模式高度相关。放眼世界,护理保险主要有3种模式:社会护理保险模式、国家税收护理保险模式和个人商业护理保险模式^[1]。其中,社会护理保险模式和国家税收护理保险模式都隐含着强制性,而个人商业护理保险模式由个人根据自身意愿自主选择。目前,实行社会护理保险模式的国家主要是德国、日本与韩国,其他国家多以个人商业护理保险模式为主,例如美国等(图1)。

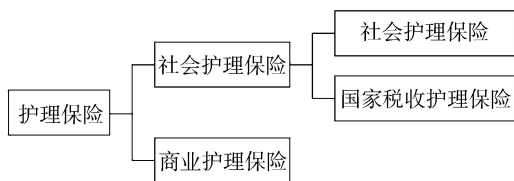


图1 护理保险类型

2. 护理保险筹资模式

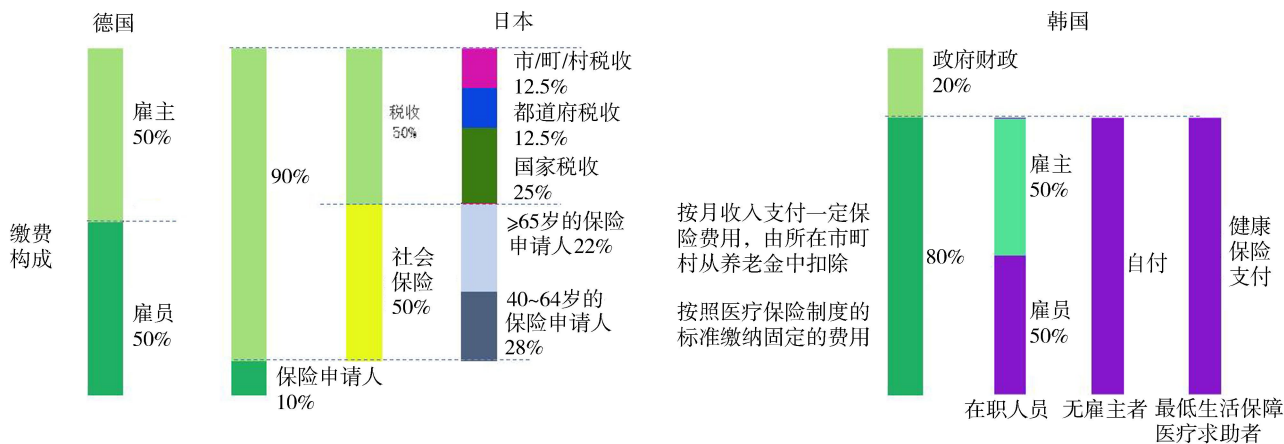
社会护理保险模式和国家税收护理保险模式的筹资模式都是国家、雇主、个人等多方共同缴纳护理保险金,而个人商业护理保险模式的资金则纯粹来源于个人。以其自愿与否、资金来源渠道多寡等特性,采取不同护理保险模式的国家,其护理保险覆盖率也各不相同。

奉行社会护理保险模式的德国(始于1995年)、日本(始于2000年)、韩国(始于2008年)的护理保险覆盖率相对较高。具体而言,德国主要基于个人收入缴费,其中,雇员缴纳50%、雇主缴纳50%^[2]。截至2018年,德国7275万居民参保社会护理保险,占德国总人口的87.8%,另有928万德国居民参保私人护理保险,占德国总人口的11.3%,两项合计占德国总人口的99.1%^[3]。

日本护理保险主要由税收、社会保险、个人共同筹款三部分组成,护理保险在某种意义上涵盖全体国民。在日本,长期照护的享用者(不管有无收入)皆需缴纳10%的共付费用(有收入者缴费率达20%),剩余费用由税收和社会保险共同承担。其税收部分,国家承担25%,都道府县承担12.5%,市町村承担12.5%;至于社会保险,缴费者被划分成两部分,并依据人口结构计算得出为维持基金池的平衡不同人群应缴费用占比,其缴纳比例是浮动的。就当下而言,自2017年以来,年龄超过65岁的人群缴纳22%,年龄达40岁未及65岁的人群缴纳28%^[4]。前者按照月收入支付一定的保险费用,由所在市町村从养老金中扣除;后者则通过医疗保险制度实现资金筹集,即被保险人按照医疗保险制度的标准缴纳固定的费用^[5]。

与之相似,韩国将全民纳入护理保险制度,保险费被列入国民健康保险框架,在原健康保险的基础上增收一定比例的护理保险费。不过,尽管韩国采用的资金筹集方式与日本类似,但二者的缴费比例不尽相同,韩国个人缴费比例与日本相比更高。详细而言,在护理保险筹资责任分担中,韩国政府财政负担20%,参保人负担80%。参保人中在职人员的费用为雇主和个人共同支付,支付比例为1:1;社区参保者(自由职业、农民等)自行支付全额款项;最低生活保障者、医疗救助者由健康保险负担(图2)^[6]。

而与采用社会护理保险模式或国家税收护理保险模式的国家相比,美国作为施行商业保险的典型国家,尽管商业护理保险在国内的推行历经数十载,但覆盖面仍然十分有限。究其原因,可以归结为以下两点:一是社会护理保险模式有强制性特点。例如,德国社会护理保险模式的宗旨是让所有的雇员、失业者和养老金领取者,无论其年龄和个人护理风险如何都缴纳法定的护理保险费,分担所有被保险人的护理风险^[7]。这很大程度上决定了参与社会护理保险资金池建设的人员数量与商业护理保险相比更多;二是国家、雇主的投入为社会护理保险提供了看似坚强的后盾,一定程度上削弱了“强制”本身可能带来的反抗情绪,有利于社会护理保险的推广。反观商业护理保险模式,一是自愿性给予居民自主选择的权力;二是个人基于成本-收益分析对于投保可能更加谨慎。例如,个人如果对商业保险诺言实现的概率估算或对护理保险的投入回报比的预计



注：日本社会保险65岁及以上与40~64岁的保险申请人的缴费比按国家人口结构计算，比例是浮动的。

图2 德国、日本、韩国社会护理保险缴费构成

持消极观点，可能会拒绝参与商业护理保险；三是商业护理保险收费相对高昂，因而部分收入较低的个人或家庭对此望而却步。因此，商业护理保险的推广之路较社会护理保险更为坎坷。

但是，与人们普遍的印象相违背的是，作为人均GDP位列世界前茅、国家经济实力强劲的美国等绝大多数发达国家更多采用商业护理保险模式而不是社会护理保险模式和国家税收护理保险模式。尽管这一模式看起来更多人受益，参保人的金钱负担也更轻。下文将梳理护理保险的发展历程，对这一现象的原因进行说明。

3. 护理保险的发展历程

护理保险最早源于荷兰。20世纪60年代，荷兰经济发展迅猛，为了保障荷兰人民的健康权益，荷兰政府颁布并实行了《特殊医疗费用支出法》，以此建立了涵盖全民的社会护理保险制度^[5]。此后不久，即20世纪70年代，美国在老龄化的阴霾驱使之下，其工伤保险、养老保险也开始迅速扩张到各个领域。在此背景下，老年人因为医疗保险不包含长期护理费用，转而将医院当作护理场所的现象频发。这种现象使得社会医疗费用攀升，被社会认为是“道德风险”。为了应对这种风险，美国的商业护理保险应运而生。之后，以色列、奥地利、德国、日本、韩国、新加坡等国也相继建立了护理保险制度^[8]。

值得注意的是，日本的护理保险最初被当作公共服务产品引入国家社会保障体系，2017年以前，日本65岁及以上公民仅需缴纳19%的费用，而40~64岁的公民需缴纳31%的费用。然而，随着老龄化程度的不断加深，2017年至今，日本65岁及以上

公民的缴费率上涨了3%。而同属亚洲板块的新加坡，2002年就开始实施“乐龄保健”（即护理保险），但于2018年5月底才正式宣布升级为“终身护保”，即全体满30岁的国民通过中央公积金自动参与护理保险^[9]。至此，对比日本、新加坡，再联系德国和韩国等采用社会护理保险或国家税收护理保险模式的国家的缴费设置，可以发现：尽管都采取社会护理保险或国家税收护理保险模式，但总体而言加入护理保险行列越晚的国家，保险受益人需自行承担的部分越多，参与缴费的年龄也越早。

由于德国的社会保障模式与中国相近^[10]，且为社会护理保险模式典型的国家，为此下文将以德国为案例。通过对德国的社会护理保险模式设置、运行情况和结果进行分析，说明尽管社会护理保险模式在一定程度上缓解了德国的老龄照护困难，但也带来了不可忽略的财务风险，并借此反观中国的社会护理保险模式可能获得的成效及其风险。

三、德国社会护理保险模式的启示

1. 德国社会护理保险模式的设置与改进

20世纪90年代，步入老龄社会的德国在一段时间内因无法支付长期护理费用转而申请社会援助的人迅速攀升，让为社会援助买单的地方政府叫苦不迭。于是，为了缓解这种局势，1994年德国议会通过护理保险提案，并于1995年1月1日起正式实施^[11]，采用具有强制性的社会护理保险模式。法律规定每年强制性保险限额，并把护理保险与医疗保险高度绑定以确保保险系统的有效运行。所以，作为德国公民无论从事什么职业，都必须缴纳保险，并

且只有缴纳了医疗保险,才有资格缴纳护理保险。区别仅仅在于:雇员、自营职业的园丁、农民、艺术家以及出版商等,截至2020年前,在至少超过一年保持年总收入超过62 550欧元的情况下可以转投私人护理保险和私人健康保险;而公务员、自雇人士或自由职业者和学生,免收强制保险限额就可以进入私人健康保险^[12]。

德国的社会护理保险基于现收现付原则,通过缴费进行筹资^[13]。1996—2017年,虽然德国65岁及以上老年人口占总人口比例由15.7%增加到21.4%,老年人口比例增加了5.7%,护理保险支出增加,但德国成功维持了护理保险基金的收支平衡^[11]。这得益于德国在护理保险策略上的成功和护理保险制度上的持续改革,尤其是2015—2017年《护理加强法案I、II、III》的有效推行。

德国的护理保险策略主要是在给付上对居家护理提供比机构护理更高的支付水平^[14],不断提升亲属护理者的给付待遇,例如护理假期的延长,法定工伤保险、养老保险的提供等。这主要通过如下两大方法得以实现:一是通过减少机构老人数量,有效降低政府在养老院所投入的资金;二是通过由亲属提供居家照护有效降低聘用正式照护日益攀升的成本,并缓解花钱但难以雇到护理员的窘况。至于3部《护理加强法案》,其有效推行主要归功于其中的创新设置,主要内容如下:①重新划分护理等级,由原来的三级变成五级,调整相应的给付水平,并将痴呆症患者囊括进护理保险的保护圈;②引入新的评估工具使评估更加精准有效^[15];③提高公民缴费率,2015年在2013年缴费水平上增收0.3个百分点,2017年在此基础上继续增收0.2个百分点,2019年再增收0.5个百分点^[7];④通过提高居民适老化改造报销额度、延长家庭照料者假期等非正式护理的给付水平,增加非正式护理的吸引力;⑤加深地方市政的参与程度。例如,为护理申请者、身心障碍者及其亲属提供咨询服务、促进申请者身心友好空间开发等。

这些设置为老年护理带来诸多变化,主要是:①护理人数显著增加,护理率不断提高。因为护理范围扩大,被归类为需要护理的人与以往相比更多。同时,护理保险可及性增加刺激更多有需求的人申请护理给付。根据德国联邦统计局的数据,德国需要护理的人数由2017年12月的341万人上升至

2019年12月的413万人;②对于居家照料的政策倾斜略有成效。居家专业护理和居家亲属护理的居家护理比例增加,机构护理比例减少。德国联邦统计局的数据显示,截至2019年12月,在家照顾的人数增加了27%,80%需要护理的人在家得到了照顾,其中56%主要由亲属照顾,24%由门诊护理服务机构照顾。在疗养院接受住院护理的人仅占20%^[16]。

综上,德国护理保险制度的设置及其改进思路为世界其他国家提供了可供参照的经典案例。但是,德国护理保险制度的维持存在一定的风险,主要问题出自“人”和“钱”,下文将对此进行论证。

2. 德国社会护理保险制度的风险

首先是“人”的问题,具体而言表现为护理人员严重不足。如果以德国目前的1:3.5的照护比来测算,大约需要110余万全职等值护理人员才能满足目前的照护需求。可是,德国联邦统计局的数据显示,2019年德国全职护理人员仅有11.7万人,考虑兼职人员、学生、全职等值等人员,护理人数最多只有42.2万人,护理人员缺口很大。这或与“护理员悖论”现象高度相关,即一方面护理人才奇缺,但另一方面,薪酬、声望与职业发展天花板又触手可及,严重限制了护理人才进入,导致即便失业率较高时,也较少有人谋求护理员岗位,导致护理员缺口较大。这绝非简单呼吁完善护理员薪酬制度等就可以解决,因为这个问题的根源在于护理员的可替代性强,而多数人出于生物本性,更愿意为自己不能够做或者极难做的事情付高价。具体地说,由于护理员的专业性相较于医生与护士而言相对较低,护理技能短期可习得,成为一名护理员的专业门槛较低,因此,护理员的低薪实际上是市场理性选择的后果,短期内很难改变。例如,根据德国官方数据,2019年德国失业率约为5%,但德国护理员依然有约70万人的缺口。2021年中国登记失业率约为4.5%,但即使是最发达的上海,护理员照护比仍达到1.56:100^[17]。

其次是“钱”的问题,人口老龄化程度不断加深,护理给付日益增加给个人和国家带来沉重负担。据测算,德国2030年65岁及以上老年人口比例将达到23%^[18],这意味着护理需求将进一步扩大。届时,即使提高居家养老的覆盖率,仍会因护理保险给付面临巨额支出,对个人和企业造成不容小觑的经济负担。特别是自护理保险设立以来,缴费比例已多次上调,虽然每次调整幅度较小,但调整间隔期

不断缩短,调整频率越来越高。目前缴费者中有子女者业已从 1995 年的 1.7% 上涨到 2019 年的 3.05%;无子女者也由 1995 年的 1.7% 上调至 2019 年的 3.30%,其中需要注意的是:2019 年的调整幅度变大,一次性提高 0.5 个百分点,一改之前相对温和的形式,如表 1 所示。根据以往的预测,2030 年护理保险支出将达到 460 亿欧元,相应的缴费率要提高到 3.35%,以当下形势推断,缴费率达到 3.35% 的时间极可能会提前到来。

表 1 德国长期护理保险缴费率(1995—2019 年)

单位: %					
年份	有子女者 缴费率	无子女者 缴费率	年份	有子女者 缴费率	无子女者 缴费率
1995	1.70	1.70	2008	1.95	2.20
1996	1.70	1.70	2009	1.95	2.20
1997	1.70	1.70	2010	1.95	2.20
1998	1.70	1.70	2011	1.95	2.20
1999	1.70	1.70	2012	1.95	2.20
2000	1.70	1.70	2013	2.05	2.30
2001	1.70	1.70	2014	2.05	2.30
2002	1.70	1.70	2015	2.35	2.60
2003	1.70	1.70	2016	2.35	2.60
2004	1.70	1.70	2017	2.55	2.80
2005	1.70	1.95	2018	2.55	2.80
2006	1.70	1.95	2019	3.05	3.30
2007	1.70	1.95			

注:数据来源(数据来源于德国老年护理网站 www.pflege.de)。

德国护理保险实践给中国护理保险的启示是:德国护理保险只能有限地解决德国老年人的长期照护问题,并且面临维持困难的问题,这主要体现在护理保险缴费率的持续提高考验德国经济社会的承受能力。而与德国相比,中国作为发展中国家,老年人长期照护问题的复杂程度和经济社会承受能力或许会使得在中国实践护理保险更为困难。下文将具体对中国的社会护理保险现状、问题和经济社会承受能力进行分析,以论证此观点,并提出可能的解决方法。

四、中国的社会护理保险:现状、问题及应对

1. 社会护理保险试点情况及其面临的问题

当前,中国虽然也推出了商业护理保险,但地方政府推动的护理保险多属于社会护理保险范畴^[19]。限于篇幅,下文将重点探讨社会护理保险,暂不对商业护理保险进行考察与分析。

(1) 社会护理保险试点情况

2017 年,中国的山东、吉林两省和其他 15 座城市启动护理保险制度试点工作,2020 年新增 14 座

试点城市,目前全国共计有 49 座试点城市。这些城市护理保险资金主要来源于医保统筹基金、医保个人账户资金和政府补助,换言之,都属于社会护理保险模式范畴。由于开展护理保险的大部分城市仍处于试点阶段,各地方政府都在框架内充分发挥其主观能动性,所以各地护理保险或多或少带有当地特色,彼此间存在一定的差异,具体体现在以下几个方面:一是报销对象。报销对象大多只包含失能参保人员,未包含失智参保人员,且除上海、青岛之外,绝大多数城市没有明确的年龄限制。二是报销水平。报销水平在 70%~90% 不等,报销限额最高的重庆每人每月 3000 元左右,机构照护补贴多于居家照护补贴;三是报销形式。多数城市只有服务给付一种,仅有 4 座城市对亲属自主护理直接给付现金补贴^[20]。

(2) 社会护理保险试点成效

至于这场试验的效果,余央央等通过对上海护理保险制度的考察,发现家庭照料和医疗服务之间存在互补性^[21]。蔡伟贤等指出,中国护理保险制度使得代际转移支付下降 13.12%,但主要发生在健康与经济状况良好的家庭中,对于健康和经济状况较差的样本的作用则不明显^[22]。这说明当前护理保险的成效和制度设计的初衷,即帮助经济状况较差的群体尚有一定出入。王贞等研究指出居家护理补贴虽然提高了护理费用,对高失能人群的影响不显著,但可以改善较低失能人群的健康状况,进而减少其医疗服务利用,包括住院天数、住院费用、医保支付费用以及住院率。居家护理补贴每投入 1 元,由此将节约医保基金支出约 8.6 元。机构护理补贴替代了住院费用,但提供护理的医疗机构费用增长,最终净效应表现为与医疗费用基本持平^[23]。换言之,目前长期护理保险对机构的倾斜或许存在方向偏差,参照德国的实践经验,从投入产出角度来看,或许居家照护才是更有潜力的发展方向。此外,当前社会护理保险试点初步显露出带动服务市场发展的正向效应。例如,青岛居家上门服务出现“扫楼”式寻找客户等高度市场化竞争的现象^[24]。

(3) 社会护理保险试点问题

由于缺少经验,中国制度建设遵循的多是先试点后推广的方式,中国的护理保险制度建设也不例外。但一方面,中国护理保险制度缺少顶层设计,另一方面,在创新驱动驱使下,全国护理保险试点城市热衷于掺杂进许多地方特色,导致如下结果:

一是碎片化严重,缺少整体性考量。通过对试点城市政策的效果评估,戴卫东等发现护理保险在覆盖面、筹资来源、护理服务、基金管理以及业务经办等方面均呈现出一系列“碎片化”特征^[25]。谢冰清提出长期护理公共给付呈现破碎、残补现象,保障范围与保障程度均为底线式,并非一种经常、固定与常态的给付来源,功能十分有限^[26]。这说明当前的长期护理给付缺乏整体性考量,尚未成体系。这还表现在护理保险定位不清,其边界、功能定位与社会医疗保险制度未能清楚地分开。此外,护理保险以医保局为顶层设计者,忽略医保局作为医疗保险的主管机构,可能不具备综合、协调财政、人社、卫健、民政等相关领域的的能力,用人单位筹资责任规定缺位等^[27]。最后,护理保险与养老保险和医疗保险的关系尚未明确,当前护理保险的制度设计未能很好地结合养老保险和医疗保险的发展情况。

二是地方特色越多,今后建立全国统一的护理保险制度的难度也将越大。如苏州、南京、南通等地,在开展长期护理保险政策试点前,就已经实施了社会医疗保险定点护理院结算等医保定额补贴政策。这导致有些地区有两种护理补贴,有些地区只有其中一种护理补贴,而有些地区则一种护理补贴也没有。这种政策差异增加了建立全国统一护理保险制度的难度。华颖的研究也指出,现有的各试点方案由于过于强调地方特色和“制度创新”,在参保对象、保障范围、筹资模式、待遇给付等制度框架设计上各不相同,仅筹资渠道就有超过5种组合方式。这种为了强调方案与众不同而忽视社会保险制度的朴实规律,长期试而不定导致的新路径依赖将增加制度统一的成本,五花八门的政策文件为之后制度的统一留下巨大的后患^[28]。

三是市场监管能力将面临严峻挑战。房连泉研究指出青岛大量民间机构加入市场,市场竞争中出现了拉拢客户、套取护理保险基金、服务质量下降等不正当竞争现象^[24]。笔者在对南京等地护理保险运行情况的调研中也发现了类似现象。

四是庞大的公共开支既带来沉重的税务负担,又增加了国家财政能力被削弱的风险,进而可能导致政府失灵^[26]。这体现在护理保险过度依赖于医疗保险,在各试点地区,医疗保险基金出资占比均在30%以上,一些地方甚至达到100%。在某种程度上有消融于医疗保险之势^[27]。而我国社保基金中,

养老和医疗两项支出共占90%以上^[29]。因此,下文将主要基于德国经验,从财政角度分析社会护理保险在中国何以可能的问题。

2. 中国的社会护理保险何以可能:基于德国的经验

当前中国流动人口规模庞大。第七次全国人口普查公报显示,2020年中国大陆人户分离人口高达49276万人,剔除市辖区内人户分离人口11694万人,流动人口高达37582万人,这极大冲击了家庭的护理功能。因此,基于德国经验,中国的社会护理保险或许一是要优先补贴居家照护,二是要考虑“人”和“钱”的问题。而居家照护虽然也很重要,但也离不开“人”和“钱”。因此此处重点的讨论还是“人”和“钱”的问题。

先是“人”的问题,中国养老行业护理员短缺是政府、市场和学界的共识,尽管采取了种种措施,但护理员短缺现象并未出现好转,而是愈演愈烈,缺口越来越大,和德国一样,出现“护理员悖论”现象。《上海养老机构评估报告》显示,2020年上海养老机构护理人员约1.29万人,缺口达2.57万人。

后是“钱”的问题,即开展护理保险的资金来源和资金能否长期维持。从当前各地护理保险实践经验来看,中国各试点城市长期护理保险资金理论上主要有5种来源:医疗保险基金划拨、个人缴纳、单位缴纳、财政补贴以及其他(如社会捐赠、福彩公益等)。但实际上,社会医疗保险资金是护理保险资金的主要来源,甚至是唯一来源^[27]。下文将对这几个资金来源的可能性及可持续性进行论证,以此探讨为何护理保险资金在理论上5种,但实际上主要或几乎来自医疗保险基金划拨,以及护理保险资金能否长期维持。

一是社会医疗保险基金。由于护理保险在当前社会保障体系中的地位是健康保险,中国当前实践中又多采取社会护理保险模式,因此根据设定,保险金的兑现大多由医疗保险基金承担。但是,2020年中国参与基本医疗保险人数为13.57亿人,参保率达96.9%。职工和居民在医保政策范围内的住院报销比例分别达80%和70%左右^[30]。2000年以来剔除价格因素,中国卫生总费用年均增速为12.8%,远超同期经济增速^[23]。2017年医疗资金支出是2005年的近14倍,再加上2020年新冠肺炎疫情这类黑天鹅事件,中国医疗费用支出急剧飙升。

这意味着中国的社会医疗保险基金收支压力均在持续增加。如果护理保险在将来不能减少对社会医疗保险基金的依赖,护理保险的运行将难以持续。为此,倘若要较长久地推行护理保险制度,应增加护理保险其他资金来源的收入。

二是社会养老保险。鉴于护理保险的主要保障对象是老年人,在当前中国的社会保障体系中,老年人的保障以社会养老保险和社会医疗保险为主。因此,在实践上,社会养老保险所征缴的资金或将最有可能成为护理保险的另一主要来源。但据国家统计局统计数据,2020年中国参与基本养老保险人数达9.99亿人,参保率为90%。而此前,中国人口实际平均退休年龄为54岁,平均养老金缴费年限为26年,平均养老金领取年限为30年。并且在此背景下,中国自2005年开始连续提高企业退休人员的基本养老金。同时,公共财政2019年对养老服务投入比2010年增加了10倍。

而剔除政府财政补贴资金,城镇养老基金从2014年起就收不抵支,出现1321亿元的赤字并逐年扩大,至2017年这一赤字已达4649亿元。并且,涵括政府财政补贴资金在内,城镇基本养老金收入在2020年首次出现负增长,且低于城镇基本养老金支出(表2)。为此,社会养老保险自身存在无法持续的风险,难以成为护理保险的资金来源之一。

表2 城镇基本养老金收支情况(2005—2020年)

单位:亿元

年份	全年城镇基本养老保险基本收入	征缴收入	政府补贴	支出
2005	5093	4312	651	4040
2006	6310	5215	971	4897
2007	7834	6494	1157	5965
2008	9740	8016	1437	7390
2009	11491	9534	1646	8894
2010	13420	11110	1954	10555
2011	16895	13956	2272	12765
2012	20001	16467	2648	15562
2013	22680	13634	3019	18470
2014	25310	20434	3548	21755
2015	29341	23016	4716	25813
2016	35058	26768	6511	31854
2017	43310	33403	8004	38052
2018	51168			44645
2019	52919			49228
2020	44376			51301

注:数据来源人力资源和社会保障事业发展统计公报。

此外,值得说明的是,无论社会养老保险、社会

医疗保险、抑或社会护理保险都属于社会保险。作为延期支付的信用支票,社会保险运行的持续性以人口可持续为基础与前提条件。换句话说,社会保险在现收现付制背景下,本质上是就业人口供养同一时代的“退休”人口,可以视作不同世代群体之间的代际合同^[31]。低生育率与少子老龄化背景下,通过提高缴费率、降低保险待遇、延迟退休、增加财政补贴、国有资产划拨社保基金等做法能够解决的问题有限,所有做法只能延缓而不能阻止社会保险走向破产的趋势。

根据第七次全国人口普查资料,2020年中国60岁及以上人口为264018766人,占18.70%,其中65岁及以上人口为190635280人,占13.50%,0~14岁人口仅占总人口的17.96%(图3)。据张鹏飞测算,全面二孩生育政策前提下,中国65岁及以上人口将由2018年的12.11%上升至2050年的28.20%,老年抚养比将由2018年的0.15上升至2050年的0.48,少儿抚养比将由2018年的0.24上升至2050年的0.25^[32]。换言之,到本世纪中叶,中国每4个人中至少有一个65岁及以上的老年人。这表明未来劳动力社保缴费无法覆盖社保支出,将出现严重的收不抵支。

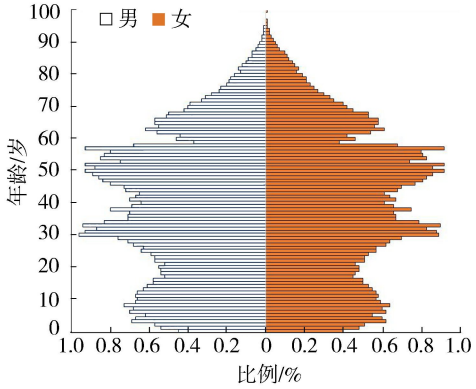


图3 2020年中国人口金字塔

这种在养老保险基金和医疗保险基金入不敷出态势下推行社会护理保险的做法或许不是最佳做法。在老年人口数量快速增加、养老金覆盖面快速扩大与领取人数快速增长以及养老金水平逐年提高的时代背景下,减少养老保险基金和医疗保险基金不必要的支出,优化资源配置,提高“五险”缴费比例、延迟退休、降低养老金替代率或增加税收都难以较长久地维持社会护理保险的支出。

目前,中国“五险一金”缴费比例已经极高,其

中,个人缴费比例高达 15.5%~23.0%,用人单位缴费比例高达 33.8%~41.5%,即五项社会保险法定缴费之和至少相当于基础工资的 39.3%,超过了世界上绝大多数国家。白重恩按照世界银行 2009 年测算的实际承受税率,中国的社会保险缴费在 181 个国家中排名第一,约为“金砖四国”其他三国平均水平的 2 倍,是北欧五国的 3 倍,是 G7 国家的 2.8 倍,是东亚邻国和邻近地区的 4.6 倍^[33]。杨燕绥等的研究也指出 34 个 OECD 经合组织国家中只有意大利和西班牙超过中国现行的养老保险费率^[34]。杨翠迎等通过更加精细的比对得出中国在 160 个国家中人口老龄化程度排在第 60 位左右,但社会保险费率却排在第 9 位,并将四大洲国家的人口老龄化与社会保险费率水平进行拟合,结果表明中国的社会保险制度具有与其老龄化水平不相称的高费率水平^[35]。由此可见,中国提高社会保险缴费比例的可能性很小。实际上,中国的社会养老保险缴费比例自 2019 年开始降低。

同时,采用其他国家延迟退休的办法也无法一劳永逸。有研究表明,延迟退休可以推迟养老保险资金缺口来临的时间窗口,缓解养老保险资金缺口规模。只是延迟退休并不能解决养老保险资金缺口问题^[36],因此,中国可以通过对社会保险制度进行变革,例如规定只有到法定退休年龄后才能领取养老金,降低养老金替代率等来缓解资金缺口,但如此改革极有可能招致利益相关者的激烈反对而难以实施。

因此,护理保险的第三、四个来源——个人缴费、单位缴费也难以落实。当前中国社会保险缴费已过高,提高空间小,甚至应该降低,因而很难通过在原来基础上增加缴费的办法来设立护理保险,只能通过降低其他险种的缴费比例来支援护理保险资金的筹集。但护理保险的主要受益对象是老年人,老年人不存在失业、生育、工伤等问题,且这 3 个险种目前的缴费率之和介于 3.8%与 4.5%之间(表 3),数值较小,回旋余地十分有限。因而作为老年人的社会保障,同时又有潜力支撑护理保险的仅剩下养老与医疗保险资金,但这两大保险基金本身也出现资金缺口,这使得问题又回到原点。

不过,除社会保险基金本身的收支平衡外,还有一种可能性应该被考虑:作为一个能够充分调动社会资源的国家,虽然保险基金本身无法良性运转,但假若政府能够给予相应的财政补贴,护理保险或许

能走出“金钱困境”。这也是上述提到的护理资金的第五个来源。财政部 2007 年至 2020 年财政统计公报显示,中国财政收入增长可观,由 2007 年的 5.13 万亿元增加至 2019 年的 19.04 万亿元,增长近 3 倍。不过,与之相应的是中国的公共支出也由 2007 年的 4.98 万亿元上涨至 2019 年的 23.89 万亿元(表 4),换言之,中国财政由原来的收大于支,逐步演化为入不敷出,甚至财政赤字越滚越大^②。虽然赤字不能说明一切,对国家而言,良性负债或许可以更好地促进经济增长,但目前财政赤字上升速度过快,风险不断集聚,财政状况迅速恶化,或已经超出良性负债的范围。而财政收支状况恶

表 3 中国“五险一金”缴费比例 单位:%

缴纳项目	个人缴费比例	单位缴费比例	合计
养老保险	8	20 ^① /16	28/24
医疗保险	2	10	12
失业保险	0.5~1.0	1.5	2.0~2.5
工伤保险		0.5~1.2	0.5~1.2
生育保险		0.8	0.8
公积金	5~12	5~12	10~24
合计	15.5~23.0	37.8~5.5/ 33.8~41.5	53.3~68.5/ 49.3~64.5

表 4 中国财政收支情况(2007—2020 年)

单位:亿元

年份	公共收入	公共支出	财政赤字
2007	51322	49781	-1541
2008	61330	62593	1263
2009	68477	75874	7397
2010	83080	89575	6495
2011	103740	108930	5190
2012	117210	125712	8502
2013	129143	139744	10601
2014	140350	151662	11312
2015	152217	175768	23551
2016	159552	187841	28289
2017	172567	203330	30763
2018	183352	220906	37554
2019	190382	238874	48492
2020	182895	245588	62693

注:数据来源中华人民共和国财政部财政公报。

① 国务院办公厅印发的《降低社会保险费率综合方案》,明确自 2019 年 5 月 1 日起,降低城镇职工基本养老保险单位缴费比例。现行养老保险单位缴费比例高于 16% 的省份,可将企业和机关事业单位养老保险单位缴费比例统一降至 16%;低于 16% 的省份将逐步过渡至 16%。

② 2020 年以来受肺炎新冠疫情影响,中国社会经济遭到重创,财政收入显著减少,财政支出急剧增加,财政状况进一步恶化。

化,意味着财政用于社会保险基金补贴的难度逐渐增大,借助政府财政补贴之手的护理保险也难逃“金钱困境”。

综上所述,护理保险的几个资金来源或不可持续,或难以落实,依据当下中国的人力、物力与财力状况,尚不具备在全国范围内设立社会护理保险的基础条件。当然,面对急速的老龄化形势亟须有效的应对之策,对于业已到来的老龄社会,我们应该以积极的态度回应而非等到有万全之策之时再做打算。不过,国家在设计老年社会保障体系时,社会救助、社会保险与社会福利三者被考虑的优先顺序应根据国家的经济发展水平与财政状况偏向有所不同(表5)。贫穷社会比起未来的万千可能,更重要的是解决今日的生存问题,为此应该用社会救助为社会编织兜底安全网络,保障公民的生命权,之后才是利用社会福利制度改善生活境遇。社会保险更多是一种人类理想,贫穷国家通常没有能力建立社会保险制度。与之相对,富裕社会虽然经济发达但同时充满风险。为此,在富裕社会,更多会通过社会保险为公民编织一张经济安全网。但社会保险这张经济安全网尚不够严密,个人或家庭一旦遭遇天灾人祸,很可能从中掉落,因此仍需社会救助兜底,社会福利则更多是锦上添花。

表5 不同发展水平下的老年社会保障优先顺序

内容	贫穷社会	富裕社会
社会保障	社会救助、社会福利、社会保险	社会保险、社会救助、社会福利
社会保险	养老保险、医疗保险、护理保险	养老保险、医疗保险、护理保险

总而言之,不管身处何种社会,对老年社会保险的优先层级都是一样的,养老保险解决的是老年人的温饱问题,其背后的出发点是保障老年人的生命权;医疗保险解决的是人的医疗问题,其背后的出发点是保障人的健康权;护理保险解决的是老年人的护理问题,其目的是提高老年人的生活品质。换言之,从优先级上讲,社会养老保险应置于最优先的位置,社会医疗保险其次,而社会护理保险最后。

然而,严格意义上说,中国社会养老保险制度尚未完全建立起来。《2020年人力资源和社会保障事业发展统计公报》显示,2020年度中国城乡居民养老金年支出3355亿元,实际领取待遇人数为16068万人,平均每人每月可以领取的养老金为174元。

这个数额对于老年人的养老效用十分有限。再者,乡村居民的养老金与城镇职工平均每人每月3349.85元^①的养老金相比差距悬殊,有失公平,亟待改进。因此,在生命权、健康权都尚未得到较好保障的情况下,着手建立社会护理保险或许不是最佳策略。实际上,个人较高生活品质的获得更多应依托于其年轻时的奋斗或家庭成员的相互扶持,而不是寄希望于通过国家和社会的“馈赠”获得。国家并不直接创造财富,国家财富都是通过税费征缴而来,看似庞大的国家和社会是由一个个平凡渺小的个人与家庭组成,个人掌握的资源有限,国家和社会能从个人手中征缴到的资源自然有限,因而能够保证的往往是身处其中的公民的底线生存权。

更何况,纵观发达国家的社会福利制度,既有成功的经验,也有失败的尝试,并非任何一种尝试都是值得我们学习借鉴的,社会护理保险究竟属于前者还是后者,还有待进一步研究。社会福利制度的创建曾经以人类福祉的形态出现,也曾为人类带来希望与文明的火种。但正如没有哪一种火种可以亘古不灭,社会福利制度为人类照亮的路也很有限。以葡萄牙(Portugal)、意大利(Italy)、爱尔兰(Ireland)、希腊(Greece)、西班牙(Spain)5个欧洲国家“PIIGS”为例,笔者可以看到这样的情景:社会福利正在逐渐成为一个国家经济发展的阻碍,PIIGS等福利国家深陷社会福利的泥潭而不能自拔。

3. 中国长期照护服务:路在何方?

目前中国仅仅在49座城市开展社会护理保险试点,而全国社会护理保险制度还没有建立起来。究其原因,一方面,前已论述,全国暂时还不具备建立社会护理保险制度的条件;另一方面,从目前试点情况来看,各地实践都存在众多问题。那么,既然社会护理保险制度在中国一时还难以建立起来,中国的长期照护服务究竟路在何方?

在此,笔者认为可以在如下方面进行必要的尝试:一是建立完善生育配套支持措施,构建生育友好型社会,促使低生育率回升,增强人口持续发展能力。二是鼓励老年人迁徙至子女处,实现相邻而居或共居一个屋檐下,进而增强代际互助能力。常亚轻等研究指出,传统的家庭养老模式在其养老中仍将居于核心地位,并发挥举足轻重的作用^[37]。三是

①根据2020年人力资源和社会保障事业发展统计公报计算得出。

倡导新型孝道,实现孝道转型,通过家庭服务社会化方式,弥补家庭养老服务能力不足。四是鼓励发展商业护理保险制度,解决部分家庭失能半失能老年人长期照顾问题。因为商业护理保险的基础是对价平衡原则,保费与个人风险程度挂钩,又可以在法律范围内自行设定利率、决定实施^[16-27]。换言之,商业护理保险制度既可以解决护理资金来源问题,又赋予购买者自由选择的权力和服务监督的动力^①。当然,商业护理保险制度或许更适合具有一定经济基础的人员,中下社会阶层的长期护理照料可能更多还是仰赖家庭。

五、结 语

在这个不确定的充满风险的时代,面对已经来临的老龄社会与接踵而至的养老困难,个人与其寄希望于有可能导致国家财政破产的社会护理保险,不如将希望放置在自己身上:一是努力去创造与积累财富。二是借助互联网的便利,利用互联网的共享知识从现在起学习护理知识,为日后成为照料者做准备。三是走出家门,重新与周边的人建立联系,建立真实的日常联结,塑造互助命运共同体。毕竟未来社会你我都可能会成为一名照料者,而待那一天到来时,我们都不希望自己“手无寸铁”以及“孤立无援”。而从等待国家“赡养”的梦幻中“醒来”,求诸自身或许对个体与国家而言都会是更加积极的“老龄化应对策略”。

参考文献:

[1] 苏健. 德国长期护理保险改革的成效及启示——以三部《护理加强法》为主线[J]. 社会政策研究,2020(4): 39-49.

[2] 拉尔夫·格茨,海因茨·罗特岗,苏健. 德国长期护理保险制度变迁:财政和社会政策交互视角[J]. 江海学刊,2015(5):42-47.

[3] 刘涛. 德国长期护理保险制度的缘起、运行、调整与改革[J]. 安徽师范大学学报(人文社会科学版),2021, 49(1):74-86.

[4] Health and Welfare Bureau for the Elderly Ministry of Health. Long-Term Care Insurance System of Japan[EB/OL]. [2016-11-10]. <https://www.mhlw.go.jp/english>.

[5] 景日泽,章海洋,方海. 国际经验对我国建立长期照护保险制度的启示[J]. 中国卫生经济,2017,36(7):89-93.

[6] 谭睿. 长期护理保险筹资:德日韩经验与中国实践[J]. 中国卫生政策研究,2017,10(8):7-12.

[7] LÖTZERICH U. Soziale Pflegeversicherung [EB/OL]. [2016-04-13] <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegefinanzierung/pflegeversicherung/>

[8] 杨红燕. 发达国家老年护理保险制度及启示[J]. 国外医学(卫生经济分册),2004(1):31-34.

[9] 王燕妮,宋晰. 医养整合照护国际进展[J]. 中国护理管理,2019,19(2):161-164.

[10] 吕国营,韩丽. 中国长期护理保险的制度选择[J]. 财政研究,2014(8):69-71.

[11] 苏健. 德国长期护理保险制度:演化历程、总体成效及其启示[J]. 南京社会科学,2019(12):67-73.

[12] Krankenkassen Zentrale. Versicherungspflichtgrenze-Die PKV Grenze! [EB/OL]. [2016-04-13] <https://www.krankenkassenzentrale.de/>

[13] 纪文芳. 德国长护险筹资机制探析及对我国的启示[J]. 上海保险,2020(3):47-50.

[14] 赵曼,韩丽. 长期护理保险制度的选择:一个研究综述[J]. 中国人口科学,2015(1):97-105

[15] LÖTZERICH U. Pflegegrade imÜberblick [EB/OL]. [2016-01-28] <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegrade/>

[16] Statistisches Bundesamt. 4, 1 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2019 [EB/OL]. [2020-12 -15] https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_507_224.html

[17] 李陈. 超大城市“适老化”水平综合测度及影响因素分析——以上海市为例[J]. 城市问题,2021(11):4-18.

[18] Statistisches Bundesamt. BevÖlkerung in Deutschland. [EB/OL]. [2022-05-12]. https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/#!_y=2030&v=2

[19] 戴卫东. 长期护理保险:中国养老保障的理性选择[J]. 人口学刊,2016,38(2):72-81.

[20] 姚虹. 老龄危机背景下我国长期护理保险制度试点方案的比较与思考[J]. 社会保障研究,2020(1):48-56.

[21] 余央央,封进. 家庭照料对老年人医疗服务利用的影响[J]. 经济学(季刊),2018,17(3):923-948.

[22] 蔡伟贤,吕函桦,沈小源. 长期护理保险、居民照护选择与代际支持——基于长护险首批试点城市的政策评估[J]. 经济学动态,2021(10):48-63.

[23] 王贞,封进. 长期护理保险对医疗费用的替代效应及不同补偿模式的比较[J]. 经济学(季刊),2021,21(2):

①限于篇幅,本文在此不对这些具体举措展开论证,将单独成文进行详细阐述。

[24] 房连泉. 老年护理服务的市场化发展路径——基于德国、日本和韩国长期护理保险制度的经验比较[J]. 新疆师范大学学报(哲学社会科学版), 2019, 40(2): 88-98.

[25] 戴卫东, 余洋. 中国长期护理保险试点政策“碎片化”与整合路径[J]. 江西财经大报, 2021(2): 55-65.

[26] 谢冰清. 论中国长期护理保险制度中国家责任之定位[J]. 云南社会科学, 2019(3): 118-126.

[27] 鲁晓明, 孙喆. 我国长期护理保险制度的构建[J]. 江汉论坛, 2022(3): 108-115.

[28] 华颖. 国际视野下的中国长期护理保险政策选择[J]. 学术研究, 2021(7): 91-97.

[29] 刘晓梅, 张昊. 我国长期照护保险可持续运行的机制完善[J]. 学习与实践, 2020(5): 49-59.

[30] 郑功成. 面向 2035 年的中国特色社会保障体系建设——基于目标导向的理论思考与政策建议[J]. 社会保障评论, 2021, 5(1): 3-23.

[31] 刘涛. 德国养老保险制度的改革: 重构福利国家的边界

[32] 张鹏飞. 全面二孩政策下生育水平变动与中国人口结构发展研究[J]. 大连理工大学学报(社会科学版), 2021, 42(4): 113-122.

[33] 白重恩. 公共财政与结构转变[J]. 中国财政, 2011(9): 45-49.

[34] 杨燕绥, 胡乃军, 秦勤, 等. 老龄化背景下养老保险费率平衡机制研究[J]. 国家行政学院学报, 2015(3): 62-68.

[35] 杨翠迎, 汪润泉, 程煜. 费率水平、费率结构: 社会保险缴费的国际比较[J]. 经济体制改革, 2018(2): 152-158.

[36] 袁磊. 延迟退休能解决养老保险资金缺口问题吗? ——72 种假设下三种延迟方案的模拟[J]. 人口与经济, 2014(4): 82-93.

[37] 常亚轻, 黄健元. 农村“养儿防老”模式何以陷入窘境? [J]. 理论月刊, 2019(3): 138-144.

(收稿日期: 2022-03-23 编辑: 陈玉国)

《水利经济》征订启事

(邮发代号 28-252, CN32-1165/F, 双月刊)

《水利经济》是由河海大学与中国水利经济研究会共同主办的以技术性为主、兼顾学术性和管理性的科技期刊。《水利经济》1983 年创刊, 是全国唯一的水利经济研究方面的专业性期刊。

主要刊登内容: 水经济学理论; 水权、水市场与水价研究; 水利工程建设中的经济效益、社会效益和环境效益评价与分析, 水利工程经济评价和财务评价, 水利工程资本运作与费用分摊研究; 水利工程管理研究, 以及水利事业和水利建设的管理体制变革研究; 水库移民经济研究; 农业经济与管理研究; 生态与环境经济研究, 生态建设领域中的水资源可持续发展研究等。

主要读者对象: 从事水经济、水利水电技术、经济管理、生态、环境、农业经济及管理工作的有关工程技术人员、科研人员、管理人员以及高等院校师生。

订阅办法: 读者可通过邮局订阅, 也可直接向编辑部订阅。每期定价 15 元, 全年 6 期共计 90 元。

编辑部地址: 南京市西康路 1 号 河海大学《水利经济》编辑部

邮政编码: 210098 电话/传真: 025-83786376 E-mail: jj@hhu.edu.cn

网址: <http://jour.hhu.edu.cn/sljj/ch/index.aspx>