

中国医疗保险制度“适老化”改革： 国际经验与政策因应

阳义南 梁上聪

【摘要】快速老龄化、失能化将给中国医疗保险制度带来巨大挑战。在梳理中国医疗保险制度“为老”政策的基础上,指明中国医疗保险制度在保障水平、报销目录、筹资机制、保障形式、长期护理保险缺位等方面存在“不适老”症结。通过分析和借鉴美国、日本、德国、新加坡的独立型、板块型、联保型、储蓄型等四种典型的老年人医疗保险模式,提出中国医疗保险制度应从更新老龄健康理念,建立相对独立或专门的老年人医保政策建立多元筹资机制,推广长期护理保险等方面进行“适老化”升维,以促进其发挥健康保障、预防引导、健康管理等积极作用。

【关键词】医疗保险;护理保险;适老化;健康老龄化

【作者简介】阳义南(1981-),男,湖南衡阳人,湖南大学公共管理学院教授,博士,博士生导师,研究方向为民生公共服务(长沙 410082);梁上聪(1998-),女,广东广州人,广东金融学院保险学院助教,硕士,研究方向为社会保障、健康保险(广州 510521)。

【原文出处】《西安财经大学学报》,2022.1.108~118

【基金项目】国家社会科学基金重大项目“积极老龄化的公共政策与法治问题研究”(19ZDA158)。

一、引言

根据第七次全国人口普查数据显示,与2010年相比,我国60周岁及以上老年人口增加了8637万人,增长48.62%,占总人口的比重已由13.26%增至18.70%,上升了5.44%。我国人口老龄化呈加速态势,达到峰值后将长期处于老龄人口“高原”^[1]。“备豫不虞,为国常道”。党的十九届五中全会正式将积极应对人口老龄化上升为国家战略。应对老龄化的逻辑起点是要把老龄化当作“普遍”“常态”“长远”问题看待,构建全社会的“适老化”理念与行动。“适老化”原指改造迎合老年人的住宅、生活环境、公共建筑等硬件设施。近几年,当老龄化遇到数字化,“适老化”进一步向数字科技、服务、制度政策等软件延展^[2]。构建一个老年友好型社会最终需要将“适老化”融入

老龄社会治理的全过程。

医疗保险是应对老龄化的核心制度之一。随着老龄化程度不断加深,我国医疗保险制度面临着较大的挑战。一方面是老年人口规模的逐步扩大与医保基金可持续发展之间的矛盾。老年时期是医疗费用高发阶段,随着医疗保险中老年参保人的占比越来越高,老年人慢性病患率也在加速增长,这些因素叠加使得医保基金大部分被用于老年参保人。2017年中国医保研究会抽样数据显示,60~69岁、70岁以上两个年龄段参加医保的人口占比仅有10.4%和6.9%,但由基本医疗保险报销的住院医疗费用占比却分别高达23.7%和29.6%。加上门诊医疗费用,60岁及以上老年人的总费用占比接近50%,其中退休职工费用占比超过70%。不难预知,这种趋势会

越来越明显且进一步加剧。另外由于退休人员执行不缴费政策,职工没有缴纳过医疗保险却可享受医疗保险的待遇,这就造成了医疗保险基金的巨额隐性债务,将给我国医保基金带来巨大的负担^[5]。

另一方面是老年人口的保障需求与保障水平不匹配的矛盾。我国老年人口作为医疗费用支出的主要群体,整体健康状况不容乐观。“带病生存”是老年人的普遍现象,失能、半失能老年人数量众多。同时,贫困老年人、高龄老年人是典型的脆弱群体,与其他保险群体相比,他们所能获得的医疗资源更加有限,因而面临着更高的健康风险和保障需求。然而当前我国基本医疗保险目录内用药、诊疗、服务设施针对的是全体国民,保障的是居民平均医疗需求,并未专门考虑非老年人群与老年人群在医疗卫生服务需求及利用等方面的差异,也不太匹配老年人就医行为、医疗费用分布等特征。“医疗保险”而非“健康保障”的制度设计也未跟上老龄化发展趋势、疾病谱变化等。种种“不适老”不但会加重政府财政、医疗保险基金和老年人经济负担,而且不利于全民医保制度的可持续性发展。作为我国老年健康保障的重要筹资机制,医疗保险必须尽早、全方位考虑人口老龄化风险及其带来的系统性冲击,并进行相应的“适老化”升维,才能更精准对焦、满足老年人健康需求,更好地迎接和应对人口老龄化的挑战。

因此,我国医疗保险政策必须全方位考虑人口老化的长远趋势及其带来的系统性风险、重大挑战,认真审视如何更精确、瞄准老年人的健康需求?目前制度中存在哪些不适老问题?可以从那些路径出发对我国医疗保险进行“适老化”改革?发达国家在老年医疗保障制度建设方面起步较早,积累了很多经验,应当如何立足国情,借鉴国外老年医疗保障制度的经验,进而探索可用于我国医疗保险制度“适老化”改革的升维路径。这是我国“十四五”时期改革和完善医疗保障体系过程中亟待解决的问题。

二、文献回顾

自20世纪70年代起,国外学者就已全面展开对人口老龄化与医疗保险制度的研究。研究主要涉及

三个方面内容:一是人口老龄化与医疗费用支出的相关性。大部分学者的研究结论是人口老龄化会增加医疗费用支出。经济学家 Victor Fuchs 在《谁将生存——健康、经济学和社会选择》一书中指出美国65岁以上老年人的医疗卫生支出是其他年龄总和的3倍,其中80岁以上老年人的医疗支出又占老年人医疗卫生支出的四分之三以上。Fisher^[6](1980)发现美国老年人口的医疗费用支出分别是青年人的7倍,中年人的3倍。二是医疗保险支出增加与年龄的关系。Holly^[5](1998)对瑞士医疗保险情况的研究发现,年龄对住院服务以及医疗保费支出有显著的倾向。三是医疗保险制度有效应对老龄化的对策。岛添悟亨^[6](2010)基于后期老年医疗保险的视角,提出了日本医疗保险制度应对超高龄化社会改革的方向。近年来,国际学者已经对人口老龄化下医疗保险制度的改革达成共识,讨论较多的热点主要有国家间医疗保障模式的比较和借鉴,新形势下老年人医疗卫生费用支出的管控以及如何建立和完善老年医疗保障制度等问题。

随着我国老龄化程度不断加深以及国家对医疗保险改革和健康老龄化的重视,老年医疗保险领域的研究也与日俱增。与发达国家的研究内容和方向类似,现有关于医疗保险制度“适老化”改革的研究中,绝大部分是从医疗费用、就医行为、健康需求等角度探讨如何进一步提升老年人的保障水平。薛伟玲等^[7](2012)和李乐乐等^[8](2021)提出对现有的医疗保险制度进行参量式改革的对策;部分学者通过国别对比提出改革发展路径。朱波等^[9](2010)借鉴美国、日本医疗保险制度改革的经验,提出建立政府主导、针对不同层次老年人建立的护理医疗保险制度和以社区为中心的老年医疗保障制度。林森等人^[10](2013)总结了发达国家医疗保险制度应对人口老龄化所做出的政策性优化改革。申曙光等(2014)^[11]则从老年人需求出发提出医疗保障制度改革的总体设计。然而在探讨我国是否建立专为老年人医疗保险制度上存在不同的观点。早期部分学者认为我国提高老年人口保障水平的第一步应该是实现全民医保,而不

是建立独立的老年医疗保险制度。但随着全民医保的逐步实现、人口老龄化速度加快以及老年人的医疗保障需求日益倍增,众多学者认为应该在现有医疗保险制度的基础上尽快完善我国老年人医疗保障体系,建立包括基本医疗保险、退休职工大病医疗保险以及互助基金等多层次的老年人医疗保险制度,从而更好地为老年人提供保障。仇雨临^[12](2005)指出人口老龄化会导致医保基金支出增加,建议国家加大老年人医疗保障事业的资金投入,鼓励发展以社区为中心的老年人医疗保险制度,从增大保障范围、扩展基金来源以及推广“预防为主”的医疗保健观念等,使我国医疗保险制度与医药卫生体制改革相配套。随后张媛^[13](2006)、马媛媛等^[14](2014)、李舒曼^[15](2017)也提出了相似的政策建议,认为应该建立相对独立的老年人医疗保险制度,从而提高老年人口的保障水平,但制度建立的可行性、具体的理论框架及实施的总体方案仍需进一步研究。还有一些学者为我国人口老龄化背景下的老年医疗保险制度改革提出了意见建议。医疗保险筹资方面的研究,景日泽^[16](2016)、郑秉文^[17](2021)提出我国职工医疗保险中要求退休人员缴费是一个现实可行的选择,可以为老年医疗保险制度提供多元的筹资渠道。老年护理保险制度方面的研究也逐步细化,吕国营等^[17](2014)、宋全成^[18](2021)等多位学者呼吁加快建立以老人为中心的护理保险制度。

迄今为止,我国全民医疗保险制度已基本建立,实现了医疗保险制度的全覆盖。随着“十四五”时期的到来,我国医疗保险制度开始进入改革的深水区,下一步面临的主要挑战是,在人口老龄化这一不可逆转的背景下,对我国医疗保险制度进行“适老化”的改革,提升老龄人口红利,保证医疗保险基金的平稳运行。既往的国内外研究对认识人口老龄化背景下我国医疗保险“适老化”改革具有重要的参考价值 and 意义,但仍有必要进一步拓展和优化。目前文献中从“不适老”角度解剖我国医疗保险制度的“不适老”症结,以及各国进行医疗保险制度“适老化”改革的经验依据尚较为缺乏。基于此,本文将把脉目前

我国医疗保险制度的“不适老”问题,并重点梳理和借鉴发达国家在老年医疗保险制度构建、运行等方面的先进经验,进而探索可用于我国医疗保险制度“适老化”改革的升维路径。

三、我国医疗保险制度“为老”及“不适老”症结

(一)我国现行医疗保障的“为老”政策

我国一直比较重视老年人医疗保障问题,并健全与完善老年人医疗保险制度。2016年出台的《“健康中国2030”规划纲要》提出要解决好老年人等重点人群的健康问题。2018年最新修订的《中华人民共和国老年人权益保障法》第三章第二十九条规定,有关部门制定医疗保险办法应当对老年人给予照顾。

目前,我国没有建立专门针对老年人的医疗保障制度。老年群体享受的医疗保障政策主要依附于基本医疗保险制度、城乡医疗救助以及部分地区实行的老人优待制度。一是基本医疗保险制度。我国的城镇职工或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险,以及其他地方性的医疗保险制度给予了老年人基本的医疗保障。部分地区实施了一些专门针对老年人口的医疗保险制度,如城镇老年人口的大病医疗保险政策。其中,我国基本医疗保险制度的筹资、报销待遇等政策设置上彰显了对老年人的特殊优惠和照顾。比如参保补助逐年提升(城乡居民医保人均补助由2018年的490元提至2019年的520元);退休员工无须缴纳职工医疗保险费,并对退休人员个人账户的计入方式和个人负担的比例给予了适当倾斜;而且将一些慢性病的门诊医疗费用、家庭病床医疗服务项目等纳入支付范围并提高报销比例。此外,国家已经开始探索、试点建立长期护理保险制度,并已经开展了第二批城市试点。二是医疗救助制度。医疗救助基金对包括老年人在内的低保、特困人员、农村建档立卡贫困人口资助参保的基础上,还对其就医费用给予了补助,减轻老年人尤其是贫困老年人口的医疗经济负担。三是老年人优待制度。当前我国部分省市实施了老年人医疗优待制度,主要涉及老年人群的医疗和保健政策^[9]。如医疗机构为行动不便的老年人免费提供担架、推车等医

疗辅助工具;社区医疗服务机构为社区内老年人建立健康档案,全面开展保健活动;减免部分老年人门诊挂号费和家庭病床出诊费等。老年人优待制度方便了老人就医,减轻了老人的医疗负担。但是,目前我国医疗保险制度关于老年人的优待政策总体还是偏少,甚至存在着对老年人不利的政策制度。例如,我国的城镇居民基本医疗保险制度设定了最高的报销限额,老年人由于自身身体特征,患病率高且医疗需求大,在超过医疗费报销限额的人中,老年人占据了大多数。这就容易导致大多数老年人为了不超过最高的报销限额,在患一般小病的时候选择不去就诊。这种医疗保险制度设计往往会对老年人的疾病预防与康复治疗产生较大的负面影响。

(二)当前我国医疗保险制度中存在的“不适老”症结

现行医疗保障政策虽能在较大程度上解决老年人的医疗难题,也取得了较好的保障效果,但其保障目标群体是所有人,强调的是“无疾病”或“病有所医”的急症治愈模式。而老年人主要是慢性病等非传染性疾病、无法完全治愈,且很多无法诊断为某种疾病,而是虚弱、功能衰退等。相比力求“无疾病”,维持功能发挥更重要。老龄化加速使老年人的健康保障需求日益增加,针对全部人群的普惠型医疗保险制度未能充分匹配老年人口的医疗与健康需求。当前我国医疗保险制度在保障水平、报销项目、保障形式、筹资机制等方面均存在不适应、不对称,缺少充分考虑老年群体特征,尚未适应老龄化、高龄化、失能化的长期变化趋势。

1. 保障水平不匹配老年群体的实际医疗支出负担

这是目前我国医疗保险制度中最大的“不适老”问题。相比其他年龄段人口,老年人具有患病率高、住院率高、失能率高等特征,是医疗费用的高发人群。据统计,我国65岁以上人口的人均医疗费用大约是65岁以下年龄段人口的3~5倍^[1],而且老人的药品消费在各年龄段中也是最多的,医疗负担较大。医疗费用较高意味着老年人口对医疗保险的保障水平要求也高。而现行医疗保险政策中,起付标

准、报销比例以及保障内容尚未向医药花费较高的老年人群有所倾斜,只能在平均水平上降低老年人的医疗负担,无法提供更充分的保障。这导致老年群体相比其他人群的实际医疗负担会更重,因病致贫、返贫的风险暴露更高。

2. 报销项目不符合老年群体的医治行为、疾病谱特征

目前基本医疗保险报销范围内的药品、诊疗项目、服务设施等都是针对全体人群的,缺乏专门针对老年人口的保障倾斜。尤其在疾病预防、日常保健、定期体检、病后康复、护理等方面的保障更为缺失。从费用特征来看,老年群体的医疗服务很多都是基本医疗保险和医疗救助未覆盖的项目,如疾病的早期诊断和预防、老人保健服务、康复性器具的使用以及长期护理等诸多项目,甚至一些老年常见疾病也未包含在医保报销范围之内。目前我国60岁以上的老年人口患有慢性病将超1.8亿人,患病比例高达75%,失能老年人约有4000万^[19],预估2050年将接近1亿人。随着失能失智老年人数量占比不断增多,护理服务逐渐成为老年人的刚性需求。失能失智老人由于平日缺乏护理,拖延至产生疾病才去医院治疗,导致医疗资源更多使用、浪费严重^[20]。现行基本医疗保险的报销项目非常有限,并没有专门针对老年人的疾病预防和保健的措施,尤其是护理和康复项目等预防性和保健性的诊疗服务项目严重缺乏,难以发挥“预防为主”、健康管理等积极作用。对疾病预防和保健的不重视,会导致患病的人数增加,从而给医疗保险基金的给付带来潜在的压力,形成了恶性循环。因此,构建以老年人作为对象的疾病预防和保健的医疗保险制度,是“适老化”改革的一个重要发展路径。

3. 保障形式未跟上老年人口更多元的健康需求变化

现有医疗保险制度的保障形式主要是现金补偿,仅对老年人的医疗费用给予报销或补助,很少出现针对其他服务的保障。随着老年人生理机能衰退、虚弱以及保健意识的增强,老人的健康需求已由

仅对疾病治疗的需要逐渐发展为疾病预防、保健和康复护理、失能照顾等以维护健康为目的服务需求。调查数据表明,我国50%以上的老年人都存在定期体格检查的需求,需要医生出诊或上门巡诊服务、日常生活照料以及长期护理服务的老年人口也占很大比重^[21]。很显然,传统针对疾病诊治的经济补偿方式不能满足老人日益多样化的健康需求。此外,目前医疗保险报销限于已签约的定点医疗(药)机构,而极少支持社区、居家、智慧平台、养老机构等其他非医疗机构的费用支出。

4. 筹资机制难以应对老龄化系统风险

政策规定退休老人无须缴纳保费,且之前还曾对其个人账户的计入金额予以适当照顾,但在实际运行过程中,并不利于老年人个人账户的基金积累,而且由于当前政策并未针对老年人口进行医疗保障,致使老年人的医疗费用倾斜政策灵活性有余而刚性不足。当前我国的职工医疗保险继续实施退休后不缴费却依然享受医疗保险的政策,还会产生缴费人群缩小而享受人群不断扩大的“老龄化”系统风险^[22]。随着人口老龄化深化,要确保退休人员待遇不降低,必然会加重在职人员的缴费负担或国家财政负担。近年来基本医疗保险政策虽然采取了多种控费措施,但部分地区的医保基金已经开始亮“红灯”。针对老龄化的医疗保险制度筹资机制改革已是刻不容缓。

四、发达国家老年医疗保险制度的典型模式及经验

发达国家老年医疗保险制度可归为四种模式:独立型、板块型、联保型和储蓄型。独立型以美国建立 Medicare 制度为代表;板块型以日本社会医疗保险制度中的老年人独立板块为代表;联保型以德国家庭成员联保模式为代表;储蓄型则以新加坡的健保储蓄计划为代表。

(一)独立型:美国老年医疗保险制度

美国于1965年立法建立了专门针对老年人口的医疗保险制度 Medicare。参保对象是65岁以上的老年人和一些残疾人、终末期肾病患者。根据美国社保机构提供的数据,经过多年来的改革发展,Medicare 的覆盖人数由1966年的1900万人增加至目前的6000多万人,几乎所有老年人都有了医保。

就保障内容而言,当前美国 Medicare 包括 A、B、C、D 四大部分(图1)。通过 A、B 部分确保老年人的基本医疗保障外,并发挥商业健康保险市场化运作的优势,通过 C、D 部分为较高收入和需求的老年人提供了更多的保障项目,如处方药计划,扩大了医疗保险药品的报销目录。老人参加 Part A 住院保险一般不需要付费,报销部分住院费用,比如包括紧急医疗治疗、住院护理和专业护士护理服务(但不包括长期照护和监护),以及临终关怀和部分居家医护照顾服务。Part B 负责报销必要的医疗服务费用,同时保障

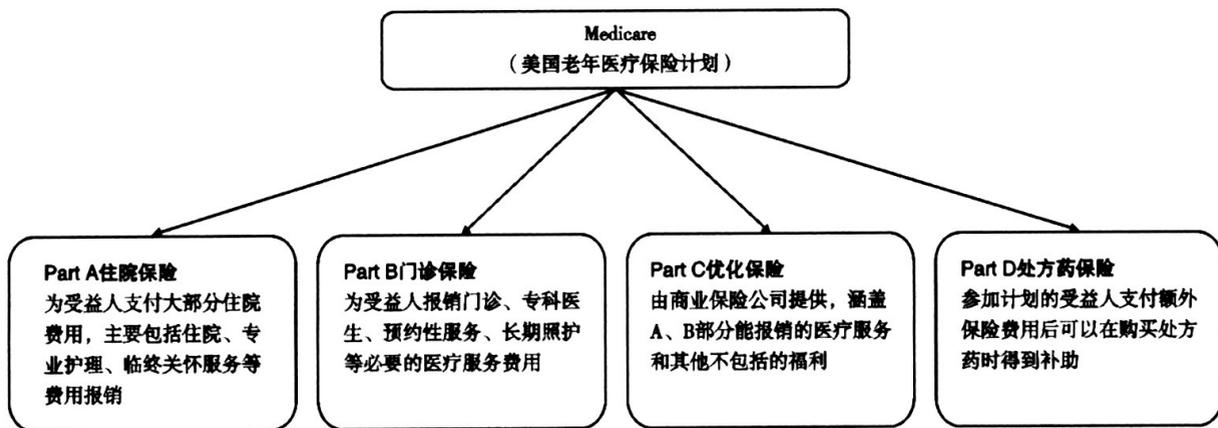


图1 美国 Medicare 四大保障板块

资料来源:相关政策资料整理所得。

Part A 不覆盖的一部分服务,如门诊专科医生紧急服务、物理治疗以及部分长期照护等。参加 Part B 的老年人需按月支付保险费,以上一年度支出情况为基础每年进行调整。若没有及时参保 Part B 就需支付罚金,保险费会逐年增加 10%。Part C 优化保险是建立在住院和门诊保险基础上的保险,参保者必须先参保 A、B 部分保障后,再向商业保险公司缴费一笔保险费用。Part C 除了涵盖 A、B 部分医疗服务外,还支付大部分 Part A 不承保的医疗费和医疗用品,并且住院承保期比 Part A 更长。Part D 是指处方药保险。每一种处方药计划都有相对应的药品目录范围,而且计划内还有不同的选择等级,由参保人根据实际的需求进行选择,药品计划等级不同,保费也不一样,要求参保者按月缴纳保费^[23]。

在筹资机制上,美国老年医疗保障资金筹集来源于三处:雇员和雇主共同缴纳的工薪税、政府财政补贴和个人缴纳的医疗保险费。其中,Medicare 中住院保险的资金主要来源于雇主和雇员缴纳的工薪税,医疗救助计划(Medicaid)资金来源于“财政资金+税收”,而补充医疗保险的资金由“个人保费+财政资金”组成。

美国老年医疗保险制度还具有互补作用的护理保险。长期护理保险由社会保险性质的长期护理保险与商业长期护理保险共同构成,承保被保险人的护理费用。然而,Medicare 提供的护理服务并不是真正意义上的长期护理,Medicaid 承担了 40% 的长期护理费用,是美国长期护理社会保险的主体,为低收入家庭或贫困人群提供长期护理保障。同时,政府实施长期护理计划(LTC),通过给予中低收入人群相应的优惠政策,鼓励其购买私人长期护理保险。而对于中高收入人群,则为其提供种类丰富和保障全面的商业性长期护理保险^[24]。

美国建立的单独以老年人为保障对象的 Medicare 制度,目前运行效率是较高的。一是该制度是针对老年人的迫切需要建立的,关系到老年群体的基本生活和生存问题,重要性不言而喻;二是该制度的资金来源是雇员和雇主共同缴纳的工资税、财政资金、

保险费等多种筹资渠道,保障资金可以得到基本解决;三是有利于医疗资源的集中利用,制度的规模化和集中性造成的规模效应使得老年人的医疗费用成本降低,而且还在一定范围内能够低成本为老年群体换取高质量医疗保障服务。美国 Medicare 制度对我国医疗保险制度“适老化”改革是有一定的参考性。

(二) 板块型:日本老年医疗保险制度

为应对高龄化背景下老年人医疗保险的特殊需求,日本先后颁布《老人福祉法》《老人保健法》《高龄者医疗确保法》等法律,建立了老年医疗保险制度。日本老年医疗保险制度是社会医疗保险的一部分,对不同年龄段的老人实行不同层次的保障制度,包括高龄老人医疗保险、退休人员医疗保险和老年护理保险三种^[25]。就保障对象而言,高龄老人医疗保险是由早期高龄者医疗保险制度(65~74 岁退休人员)和后期高龄者医疗保险制度(年满 75 岁老人以及 65~75 岁特定残疾者)组成;退休人员医疗保险的保障对象为 40 岁以上缴费年限超过 10 年的被雇佣者;老年护理保险(介护保险)属于强制性保险,保障对象包括 1 号保险人(65 岁以上)和 2 号保险人(40~64 岁)。

日本老年人医疗保险几乎保障了所有老年人口的医疗和保健需求,不仅包括医疗服务、住院时的伙食费、疗养费、移送费,而且还覆盖了急诊、慢性病、牙医、家庭护理和预防保健的项目等。如图 2 所示,日本退休人员在 65~75 岁之间参加的是国民健康保险,保险费以个人缴纳为主,国家公费也有一定补助。75 岁以上后期高龄者医疗保险制度的筹资由公费承担 50%(国家财政承担 40%,都道府县和市町村各承担 5%),各医疗保险援助金承担 40% (“援助金”来源于未满 75 岁参加各医疗保险的被保险人支付的特定保险费),被保险人负担 10%。同时,日本建立了退休者医疗保险制度(过渡措施),医疗保险费用由个人缴费和高龄者医疗保险的支援金构成。

此外,日本于 2000 年开始实施介护保险制度,采用社会保险方式构建长期护理保障制度,取得了积极的成效。《介护保险法》规定 40 岁及以上国民强制参保,由中央政府负责制定相关法律法规、制度的运

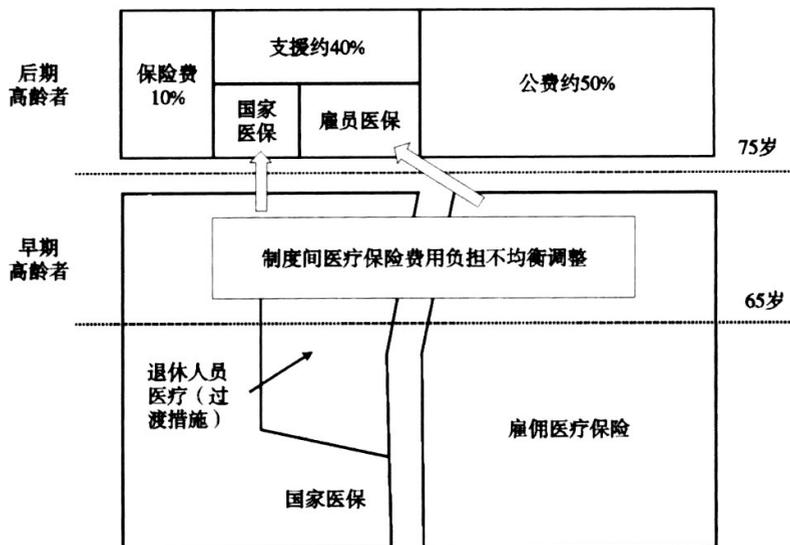


图2 日本老年人医疗保险制度

资料来源:[日]山崎谦治.日本的医疗[M].东京:东京大学出版社,2011:287。

行和实施标准,而市町村一级政府负责管理。日本长期护理保险资金来源于国家与地方的财政支出和参保人缴纳的保费,为“保险+福利”模式^[26]。如介护保险制度一览表(表1)所示,中央与地方政府承担50%的费用,其中中央政府25%,都道府县与市町村各承担12.5%;个人自行承担50%(其中,1号被保险人缴纳保险费占22%;2号被保险人缴纳保险费占28%)。参加介护保险的老人可以获得生活护理、看护、康复、洗澡帮助、疗养、保健服务、老年公寓的照护等多方面的非治疗性医疗服务。

日本老年医疗保险制度是建立在一系列医疗保

障立法基础之上的、强制性的社会医疗保险的典范代表,是社会保险体系中的一部分,对老年人发挥了重要的保障作用。它大幅减轻了国民健康保险的负担,减少了老年人经常去医院、占床位的现象,服务模式也从单一的医疗向集医疗、预防、保健、康复为一体的模式转变,实现了医疗和福利服务的整合。而这一整合正是当前我国医疗保险改革的主要方向。在不久的将来,中国将面临更多的高龄失能护理问题,我国长期护理保险虽已开始试点,但未形成具体有效的立法规范和制度,且试点实施的范围小,在老龄健康对策上有必要考虑是否建立有如日本的

表1 介护保险制度一览表

分类	1号保险人(65岁以上保险人)	2号保险人(40~64岁保险人)
参保形式	强制参保、参保后终身缴费	
筹资构成	1号被保险人22% 2号被保险人28% 市町村12.5% 都道府县12.5% 国库负担20% 国家调整金5%	
护理服务	日本的护理服务有居家服务、机构服务和社区服务三种。居家服务由专门的护理人员上门给有需求的老人提供服务,如居家访问、居家护理服务等;机构服务根据不同的护理内容,分别由老人护理福利机构、老人护理保健机构和老人护理疗养性医疗机构等提供专业化服务;社区服务是由社区的老人日托所、老人活动中心、医疗诊所、保健康复中心、老人院等机构为老人提供非长期性入住形式的护理服务	
护理等级	有6个级别,即“需要援助”和“需要护理”1~5级。护理等级的细化可避免轻症重判或重症轻判,便于提供精确护理服务,体现了日本政府对老人轻度护理需求的关注	
给付方式	采用实物给付原则,即提供相应的护理服务来满足护理需求者	

资料来源:相关政策资料整理所得。

介护保险等相关政策,采取立法手段,强调政府的责任,加大长期护理保险的推广力度,让我国更多的失能老年人享受长期护理保险的保障,从而使我国医疗保险制度适应当前老年医疗服务的需求,提高老年医疗保障水平。

(三)联保型:德国老年医疗保险制度

德国医疗保险由法定医疗保险、私人医疗保险、长期护理保险和针对特殊人群的福利医疗计划四类构成,形成了以强制性法定医疗保险为主、自愿性私人医疗保险为辅的多层次医疗保险体系^[25]。和我国一样,德国没有专门的老年医疗保险制度,对老年人的医疗保障主要依附于德国的法定医疗保险制度。就保障对象而言,与我国基本医疗保险制度不同,德国法定医疗保险的参保对象不仅包括职工本人,而且包括直系亲属。家庭联保人员包括配偶、同居伴侣以及包括18周岁以下嫡亲子女和养子女、继子女与孙子女等,老人是捆绑在家庭成员中一起保障的。德国法定医疗保险制度的保障内容有:疾病的预防和早期诊断、就诊费用、药品费用、牙医服务、慢性支付和生病期间的护理等,符合老年人的保障服务需求,保障水平较高。

德国法定医疗保险筹资是劳资双方各自负担一半保险费。德国作为社会医疗保险“终生缴费型”筹资模式的典型代表(表2所示),与我国“权益累积型”筹资模式不一样的是,其退休职工也要缴纳医疗保险费,需要自己缴纳50%,另一半则由养老保险金负担。退休职工的医疗保险费费率低于平均水平。从

就业人口和企业的缴费负担来看,德国的医保筹资模式负担较轻,医保制度覆盖了就业人口和退休人口两代人,均需缴费,相当于医保基金仅需负责一代人的费用报销。而在我国的医保筹资模式里,制度负担和企业缴费负担均较重,因为就业人口的缴费须同时承担就业人口和退休人口两代人的费用支出。我国2019年的职工人数是2.42亿人,而退休不缴费的职工高达0.87亿人。人口老龄化下,退休职工人数必然增多,生育率的下降将导致在职职工的人数将逐步下降。故从可操作性看,我国的职工医保从“权益积累型”模式向“终生缴费型”模式过渡是一个具有很大可行性的选择^[31]。

德国保险经办机构只能从国家设立的健康基金中领取按人头计算的医疗保险费。德国还建立了流动性储备基金。家庭联保的参保人不需要缴纳保险费即可参加家庭保险,可以享受与原参保人相同的医疗保险待遇,但不享受补贴工资待遇^[10]。随着失能人口比重提高,长期照护支出激增,德国于1994年颁布《长期护理保险法》,建立长期照护保险制度,由社会长期护理保险和强制性商业保险构成。德国规定了“护理保险跟从医疗保险”原则,所有医疗保险的投保人均长期护理保险的对象^[26]。2009年德国获得受益资格的人约占65岁以上人口的50%^[27]。德国长期护理保险由国家承担1/3以上资金,剩余部分由雇主和个人共同负担。退休人员缴费也跟从法定医疗保险,一半由养老保险基金支付,另一半由个人缴纳。德国根据收入和受益水平来确定长期护理保

表2 医疗保险的筹资模式

缴费类型	终生缴费型	权益累积型	商业保险型
主要特征	终身缴费 终身享有	在职缴费 终身享有	在职缴费 退休享有
具体表现	无论在退休前还是退休后,只有缴费才能获得社会医疗保险的待遇,典型的“全生命周期缴费型”制度	在职业生涯参加社会医疗保险并缴费,同时享有报销待遇,达到一定缴费年限后,在退休生涯无须缴费即可继续享有正常的医疗费用报销权利,就业人口参保缴费是为了将来退休后积累的报销权益	在就业阶段需购买商业健康保险(国家提供了税收支持政策),对社会医疗保险只进行缴费而暂时不享受报销待遇,达到法定退休年龄后方可享受社会医疗保险制度提供的报销待遇
代表国家	德国	中国	美国

资料来源:相关政策资料整理所得。

险的筹资级别。失业者和无收入者可以免费投保,属于一种转移支付。尽管德国长期护理保险是由全部参保人缴纳保费的强制性保险,但护理风险发生在老人身上的概率更大,主要是老年人在享受保障待遇,因此对老年人尤其是失能老人的保障力度更大。同时德国为了大力发展社区居家照护并鼓励家庭成员提供长期照护服务的供给机制,不仅为家庭护理人缴纳养老保险金,提供现金支持,而且颁布多项护理人弹性工作的请假制度,方便家庭护理人为家中的失能老人提供服务。一方面可以有效利用家庭和社会既有的各种照护医疗资源,减轻政府的财政负担,另一方面又符合大多数老年人居家照护的意愿与偏好。

虽然德国针对老年人的医疗保障也是依附于“普惠式”的法定医疗保险制度,但是其保障对象和筹资机制与我国有较大的差别,德国联保型模式的最大特点主要是以家庭为单位,“纵向”筹资,延续使用,有效地解决了老龄人口的医疗筹资问题,减轻了政府财政负担,也为我国未来的老年医疗保险筹资机制提供了参考。

(四)储蓄型:新加坡老年医疗保险制度

新加坡目前没有建立专门的老年医疗保险制度,对老年人的医疗保障包含在中央公积金制度中。中央公积金制度要求每个在职有收入的国民在年轻时要为其终生的医疗资金进行储蓄。中央公积金局主要制定了保健储蓄计划(Medisave)、终身健保计划(Medishield)、保健基金计划(Medifund)和老人保

障计划(Eldersshield)四个老年医疗保障计划。其中,保健储蓄计划的保障对象为所有在职人员。终身健保计划最初称为“健保双全计划”,2015年改为终身健保计划,是新加坡医疗保障制度的主体。保障对象是所有新加坡公民和永久居民,类似于我国的大病保险。保健基金计划是政府为一些老年人、低收入者、弱势群体等没有被基本医疗计划覆盖的人群建立的,类似于我国的医疗救助制度。老年保障计划又称为“乐龄健保计划”,保障对象是出现身体残疾、生活无法自理的失能老人,为老年人提供生活补助,实际上是为年长的公积金会员设立的长期护理保险制度。

如表3所示,保健储蓄计划的筹资来源于雇主和雇员按收入一定比例缴纳的医疗储蓄基金,存入个人的保健储蓄账户,由中央公积金统一管理。终身健保计划的筹资来源是个人保健储蓄账户支出,保费直接从保健储蓄账户中支付。依据年龄确定保费,年龄越大则保费越高。例如,20岁以下人群每年只需支付130新元,76~78岁人群每人每年需支付1130新元^[28]。同时,根据收入情况保费有一定的减免。为支持中低收入参保,政府对这些人等有参保补助。如65岁以上没有收入或低收入的老年人,可获得30%左右的保费补助。保健基金计划发挥了医疗保障的托底功能,主要筹资来源是政府财政投入或社会慈善机构的基金援助。老年保障计划筹资来源依然是个人保健储蓄账户,一般不需要参保人增加额外负担。同时,新加坡政府在该制度建立及推

表3 新加坡医疗保障计划的筹资机制

医疗保障计划	筹资方式	作用
保健储蓄计划 (Medisave)	建立个人保健储蓄账户,按月收入一定比例缴纳,雇主、雇员各半	为公民未来的医疗费用提供保障
终身健保计划 (Medishield)	保费由个人保健储蓄账户支出	解决公民重大疾病的医疗风险
保健基金计划 (Medifund)	财政与慈善	为老年人、低收入者等弱势群体提供医疗援助
老年保障计划 (Eldersshield)	保费由个人保健储蓄账户支出	满足失能与残疾人士的护理需求

资料来源:相关政策资料整理所得。

广过程中给予了较大的财政支持。

随着高龄化和失能化现象的加剧,新加坡也建立了本国特色的长期护理保险制度(又称老人保障计划或乐龄健保计划)。护理保险制度推出之初,设立自动加入机制,且提供较多配套支持,比如对低收入人群提供补助,对56~69岁居民提供津贴等。经过25年左右的实践,新加坡于2018年出台政策要求从2020年起年满30岁的居民必须强制参保,不能选择退保^[29]。根据收入水平以及年龄等标准,对社会弱势群体提供财政补贴。如为中低收入人群提供直接的保费补贴,最高可达保费总额的30%。此外,对需要护理服务且未参加长期护理保险的老年人,政府设立“乐龄关怀基金”,为其提供资金补贴。在赔付方面,每月给付额度从300新元提高至400新元,同时赔付上限从2万新元提高至近3万新元。

新加坡的储蓄型医疗保险模式要求有收入的国民建立医疗储蓄账户,强调个人的医疗保障意识和责任,被保险人可以根据自己的经济能力选择相应的医疗服务,有效地控制了医疗资源的浪费。那么我国在医保“适老化”改革过程中也应逐步强化老人在医保筹资中的责任,如可以考虑让退休人员适当承担部分医保筹资的责任。此外,我国长期护理保险制度的发展历程和未来发展趋势与新加坡较为相似,也应逐步由自愿参保过渡到强制参保,在过渡期可以借鉴新加坡的改革经验,设立过渡期的津补贴制度。

五、中国医疗保险制度“适老化”改革对策

发达国家在老年医疗保障制度建设方面积累的宝贵经验,给我国医疗保险制度“适老化”改革带来了较多启示。在分析和总结典型国家老年医疗保险制度的构建、运行现状及其发展特征的基础上,我们要立足国情,抓住重点,找出真正对我国医疗保险制度发展有借鉴意义的经验,由此提出我国医保制度“适老化”改革的对策。

(一)更新老龄健康理念,发挥国家医疗保障的预防为主、功能促进、健康管理等更积极作用

面对全球人口老龄化挑战,2016年世界卫生组织

织倡导新的“健康老龄化”定义,强调实现老年健康生活所需功能的重大意义。党的十九大也强调坚持预防为主。为适应老龄健康的新定义和新工作方针,作为国民医疗服务的最大筹资机制,我国医疗保险制度要改变目前这种审核、报销的事后监管方式,逐步向健康管理、疾病预防、功能维持等前端转移。除门诊和住院服务外,医保基金承保范围应将预防保健、长期护理、慢性病治疗、中医药特色医养结合服务等纳入。“适老化”改革的根本出路在于从医疗保险到健康保障的转变。在健康保障综合治理框架下,更好发挥“以养节医”“以护节医”的良好功效。否则,老龄化将使我国陷入医疗费用支出“无底洞”的巨大系统风险。我国政府在今后发展医疗保险事业中,也应该将发展重点逐步由疾病治疗转向疾病预防,构建以老年人为对象的疾病预防和保健的医疗保险制度。例如,可以增加预防和保健知识的宣传与讲座,协同卫生部门、福利部门等多方力量,健全疾病预防体系,大力推进积极老龄化。

(二)建立相对独立的老年人医疗保险制度或制定专门的老年人医保政策

我国现阶段医疗保险制度属于全民医保。平均保障水平难以满足老年人口对医疗服务的更高保障要求。据国际经验,提高老年医疗保障水平主要有两种方法:一种是提高整个国家医疗保障水平,这需要大量的基金支出或财政投入;另一种是全民医保实现以后我国应建立相对独立的老年人医疗保险制度。如参考美国Medicare制度,我国可以建立专门针对65岁以上老年人的医疗保障制度^[25],包括门诊、住院、医疗护理以及康复等保障内容。结合我国国情,亦可参考日本经验,在整个医保制度内部建立一个相对独立的长期护理保险板块,专门针对老人采用相对独立、更具针对性的药品目录、诊疗目录和设施标准目录,使之更符合老年人疾病谱、治疗路径等。借鉴发达国家在建立专门针对老年人医保制度的过程中,都是通过立法或颁布政策的形式,我国在建立相对独立的老年人医疗保险制度也必须从国家

层面总体规划,给予立法形式的支撑,完善医疗保险体系,明确各级政府的职责,有效降低老年人的医疗保险费用负担风险。

(三)构建适应老龄化挑战的多元筹资机制

从现行筹资方案来看,医疗保险基金筹资金来源缺乏老年人的责任承担,主要是国家财政和年轻一代职工的缴费,是典型的“权益累积型”的医保筹资模式。如果老年人在缴纳医保达到一定年限后就可以只享受权利不承担义务,可能会导致医疗卫生服务资源的挤占和浪费,也会对医保基金的持续性和稳定性产生负面影响。由于我国人口基数大、老年人口数量增长迅速以及国家财政资金有限,在建立老年医疗保险制度时也应建立多样化的筹资渠道。目前我国老年人的医疗保险费用主要来自基本医疗保险的统筹资金,约占50%~60%左右。随着老年医疗需求逐步提高,可以引入退休者缴费、财政补助等多元筹资渠道,同时再鼓励一些企业集团和医疗机构等民间资本长期加入,并根据地区差异按照不同比例强制符合条件的个人按照社会保险形式定期缴纳保险费。依照国外经验,政府对老年医疗保障的补助比例定在30%~40%比较合适。如日本老年医疗保险制度由政府负担约30%。美国Medicare的筹资模式也是“税收+个人缴费+财政补贴”。德国退休人员需要缴纳医疗保险费,本人负担50%,养老保险承保机构负担50%。新加坡的终身健保计划强调每个人的缴费责任,年龄越大,缴费越高。与此同时,依据国际经验,我国也可以建立一个仅包含退休人员(65岁及以上)的医疗保险制度,让退休人员承担部分医疗保险的筹资责任,但缴费比率可以比城镇职工医疗保险的缴费低^[6]。为了过渡,可以采用“老人老办法、新人新办法”的方式。就此,老年医疗保险建立起“统筹基金+政府补助+个人缴费+民间资本”的多元筹资模式,增强老人医疗保险基金的财务稳健性。

(四)尽快推广对医保起互补作用的长期护理保险

在当前高龄化、失能化背景下,现有医疗保险制度在病后康复、护理等方面的保障严重缺失。当前

我国长期护理保险虽已试点,但范围小,暂未推广。我国应尽快建立和完善能对医保起互补作用的、以老人为主体的长期护理保险^[8]。美国医疗补助保险和商业长期护理保险满足了老年人长期护理的需求。日本有专门的老年护理保险制度,将老年护理项目从医疗保险制度中独立出来。德国本着“长期护理保险跟从基本医疗保险”原则建立起了全民参保的长期护理保险。新加坡的长期护理保险也变成了强制参保,专门为失能老人和残疾老人提供照护保障。此外,还需完善长期护理保险与医疗保险的衔接机制,加强长期护理保险与医疗保险的政策协同。当老年人患急病、重病需要治疗时,先由专业医疗机构救治,当病情稳定需要康复时则由护理机构进行康复训练和指导,满足老年人的康复和护理需求^[9]。而且,在老年长期护理的发展过程中,社区照护的功能逐渐受到人们的重视。正如德国的家庭护理制度,以社区为单位开展护理保险可以充分发挥社区照护资源的优势。依据社区设置的护理机构具有情况熟悉、服务便利、及时迅速等优点,更契合老年人群的保障需求,不仅老年人可以在熟悉的环境中享受护理服务,而且还可以解决社区一部分人的就业问题。我国应借鉴德国及日本发达国家的成功经验,建立以家庭为本、社区服务为基础的社区长期照护体系。将老年人照护服务纳入基层健康计划中,将长期照护资源汇集至地方社区和居家层面。这将是我国医疗保险制度“适老化”改革的重要发展路径。

参考文献:

- [1]何文炯.论社会保障制度的代际均衡[J].社会保障评论,2021(1):40-52.
- [2]原新,金牛.中国老龄社会:形态演变、问题特征与治理建构[J].中国特色社会主义研究,2020(Z1):81-87.
- [3]郑秉文.“十四五”时期医疗保障可持续性改革的三项任务[J].社会保障研究,2021(2):3-14.
- [4]FISHER C R. Differences by age groups in health care

spending[J]. Health Care Financing Review, 1980(4): 65-90.

[5]HOLLY A, GARDIOL L, DOMENIGHETTI G, et al. An econometric model of health care utilization and health insurance in Switzerland[J]. European Economic Review, 1998(42): 513-522.

[6][日]岛添悟亨. 医疗保险制度一元化新医疗制度改革[M]. 东京: 时事通信社, 2010.

[7]薛伟玲, 陆杰华. 基于医疗保险视角的老年人医疗费用研究[J]. 人口学刊, 2012(1): 61-67.

[8]李乐乐, 杜天天. 人口年龄变化、医疗需求行为与医疗费用增长: 基于医疗保险结算数据的实证研究[J]. 当代经济管理, 2021(4): 72-80.

[9]朱波, 周卓儒. 人口老龄化与医疗保险制度: 中国的经验与教训[J]. 保险研究, 2010(1): 27-35.

[10]林森, 张军涛. 人口老龄化对医疗保险的影响及对策——基于国别比较的视角[J]. 宏观经济管理, 2013(6): 57-59.

[11]申曙光, 马颖颖. 我国老年医疗保障的制度创新: 保险抑或福利? [J]. 社会科学战线, 2014(3): 180-187.

[12]仇雨临. 人口老龄化对医疗保险制度的挑战及对策思考[J]. 北京科技大学学报(社会科学版), 2015(1): 27-19.

[13]张媛. 人口老龄化对医疗保险的影响[J]. 中国卫生经济, 2006(4): 53-56.

[14]马颖颖, 申曙光. 老年医疗保障制度探析[J]. 中国社会保障, 2014(9): 28-29.

[15]李舒曼, 王倩云, 熊林平. 国内外老年人医疗保险制度改革进展[J]. 解放军医院管理杂志, 2017(6): 563-566.

[16]景日泽, 徐婷婷, 李晨阳, 等. 国际经验对我国退休人员医保缴费问题的启示[J]. 中国卫生经济, 2016(10): 90-94.

[17]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.

[18]宋全成, 孙敬华. 我国建立老年人长期照护制度可行吗? [J]. 经济与管理评论, 2020(5): 65-75.

[19]中国政府网. 健康中国行动(2019-2030年)[EB/OL] [2019-07-15] (2021-03-10). <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s3585u/201907/e9275fb95d5b4295be8308415d4cd1b2.shtml>.

[20]阳义南. 养老服务的“梗阻”及破解对策[J]. 中国民政, 2021(3): 53-55.

[21]GRANT J, AUDREY TEASDALE. Population ageing and health spending: 50-year projections[C]. Policy Branch Ministry of Health, Wellington, New Zealand, Occasional Paper NO. 2, 1999.

[22]何文炯, 徐林荣, 傅可昂, 等. 基本医疗保险“系统老龄化”及其对策研究[J]. 中国人口科学, 2009(2): 74-83, +112.

[23]龚秀全, 高菁颖. 中国社会医疗保险管理应谨慎私有化——基于美国 Medicare 私人计划改革的经验[J]. 毛泽东邓小平理论研究, 2017(2): 101-107, +109.

[24]胡宏伟, 李佳怿, 栾文敬. 美国长期护理保险体系: 发端、架构、问题与启示[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版), 2015(5): 163-174.

[25]申曙光, 文曼. 老年医疗保障的国际经验与中国道路[J]. 中国社会保障, 2014(3): 36-38.

[26]翟绍果, 马丽, 万琳静. 长期护理保险核心问题之辨析: 日本介护保险的启示[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版), 2016(5): 116-123.

[27]BUNDESAMT S, OFFICE F S. Germany's population by 2060: Results of the 12th coordinated population projection[J]. Postgrad Med J, 2009(688): 127-129.

[28]丁一磊. 新加坡健康保障制度演变的特点及启示[J]. 中国卫生政策研究, 2018(10): 34-42.

[29]王佳林. 长期护理保险制度构建: 国际经验及对我国的启示[J]. 南方金融, 2019(11): 3-10.

[30]李运华, 姜腊. 日本长期护理保险制度改革及启示[J]. 经济体制改革, 2020(3): 167-172.