

日本和韩国老年长期护理保险制度 比较研究

高春兰, 班娟

(长春工业大学人文学院, 吉林 长春, 130012)

摘要: 在老年长期护理服务中, 日本和韩国都选择了社会护理保险制度。从日韩两国护理保险制度实施背景来看, 因老龄化的加速、家庭护理功能的弱化、既有制度的局限性、老年医疗费用的增加, 两国都引入了护理保险制度, 但两国的老龄化程度、基础设施等存在差异。从制度内容方面来看, 虽然框架结构有些相似, 但在具体表现形式上有些差异。两国的扩充护理机构、培养护理人员、扩大服务对象、加强预防事业等对中国开展老年长期护理服务具有重要的借鉴意义。

关键词: 日韩; 长期护理; 护理服务; 护理保险

中图分类号: F840. 69 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000 - 4149 (2013) 03 - 0104 - 07

A Comparative Study on the Elderly Long-term Care Insurance System of Japan and Korea

GAO Chun-lan, BAN Juan

(School of Humanities, Changchun University of Technology, Changchun 130012, China)

Abstract: In long-term care service for the elderly people, both Japan and Korea choose social care insurance system. The background of the care insurance system in these two countries is quiet similar, which are the acceleration of aging tendency, the weakening of care function of the family and the limitation of current system and the increase of medical costs for the elderly people. However, there are some differences in the level of aging tendency and the facilities for the aged between two countries. Although the framework of the content systems is similar, there still exist differences on the specific form. The increase of care institutions, the training of nursing staff, the expansion of service objects and the enhancement of prevent business in Japan and Korea have

收稿日期: 2012 - 11 - 19; 修订日期: 2013 - 02 - 25

基金项目: 国家社会科学基金项目“中日韩老年长期护理保险制度的政策环境比较研究”(11BSH0630)。

作者简介: 高春兰(1964 -), 女, 吉林汪清人, 社会福利学博士, 长春工业大学人文学院副教授。研究方向: 社会福利制度比较、社会政策。

important reference meaning for China to develop the service system of elderly long-term care.

Keywords: Japan and Korea; long-term care; care service; care insurance

1997年5月,日本议会通过了联合执政党提交的《介护保险法》并决定从2000年4月1日起正式实施。韩国国会于2007年10月通过了《老年长期疗养保险法》并决定从2008年7月1日开始实施。本文以日本和韩国老年长期护理^①保险制度的实施背景、主要内容、面临的问题及改革趋势作为比较框架,分析其共性和差异,探讨日韩老年护理保险制度对我国的借鉴意义。

一、日本和韩国老年长期护理保险制度实施背景比较分析

1. 人口老龄化和护理风险的普遍化

1970年,日本65岁以上的人口达到7.1%,进入了老龄化社会^②;1994年,经过短短的24年就进入了老龄化率达到14%的老龄社会;2006年达到20.2%,进入了超老龄社会^③。2000年,韩国65岁以上的老年人占7.2%,进入了老龄化社会;预计2018年65岁以上人口占14.3%,进入老龄社会;2026年达到20.8%,进入超老龄社会^④。

老龄化社会面临的重要问题是随着高龄老人的增加,体弱多病或卧床、失智而需要照护的老年人急速增长。无论在日本还是在韩国,老年护理问题已经不是发生在个人身上的个别现象,而是在自身、配偶、父母及家人身上都有可能发生的普遍性社会风险,因而需要制定以失能老年人为对象的长期护理服务政策。

2. 家庭规模的变化和家庭照护功能的弱化

1995年,日本家庭平均人口是2.9人,65岁以上老人与子女同住的比例大约为50%,老年夫妇和独居老人家庭比例分别是24.2%和17.3%。伴随照顾老年的长期化和重度化,照顾者自身也趋于老化,60岁以上的照顾者占47%,70岁以上的照护者也占22%^⑤,即老人照顾老人,出现“老老介護”现象,社会上也时常发生虐待、遗弃老人的现象,也经常出现因老人照顾问题而家庭破裂的现象,以至于产生“介护地狱”的说法。

韩国同样面临这些问题。韩国保健社会研究院对全国家庭形态调查表明,2005年韩国独居老人的家庭占24.6%,老年夫妇家庭占26.6%,与子女同住的家庭占43.5%^⑥。在家庭照顾者中80%是女性,但随着受教育程度的提高,女性参与经济社会活动的比例逐年提高。据韩国统计厅统计,1985年女性参与经济活动的比例是33.5%,2000年提高到46.1%,2006年上升到50.3%^⑦。

家庭结构的变化、老人夫妇家庭或独居老人的增加、女性参与经济活动的增多,使得家庭照护功能不断弱化,老年照护成为突出的社会问题,需要从国家、社会层面上提供公共服务,这无疑催生了老年长期护理保险制度的产生。

3. 既有老年护理服务政策的局限性

在实施介护保险法之前,日本分别运营以老年福利法为依据的老年福利制度和以老年保健法为基础的老人医疗保健制度。老年福利是靠措置制度^⑧实施的,福利服务的利用者要接受市町村的资产调查,申请手续繁杂,且不能选择服务种类和服务机构。这种制度以低收入者为对象,其他阶层的老年人难以利用,且因护理机构的极度缺乏,很难入住机构,有时要等待4~5年。但在医疗领域,从1973年开始对70岁以上的老人实行免费医疗制度,看病、住院都比入住护理机构容易,价格也低廉,而且不用排队等候。因此,不以治疗为目的的社会性住院现象频繁产生,老年人医疗费用急剧增长。

韩国亦依据老年福利法提供居家护理服务和机构护理服务,此类服务具有选择性、救济性特征,服务对象是最低生活保障对象或低收入阶层。高收入者可以利用有偿护理机构,也可以雇佣专业护理

① 长期护理,英文表示是 Long-term care,在日本称为“长期介护”,在韩国称为“长期疗养”。为了避免歧义及论述方便,若没有特别说明,本文把日本的“介护”,韩国的“疗养”和中国的“护理”在同一意义上使用。

② 联合国规定,65岁以上老年人口占全体人口的7%以上,就进入了老龄化社会,14%以上进入老龄社会,超过20%以上,则进入了超老龄社会。

③ 措置制度是作为行政机关的市町村以财政收入为资源对符合条件的对象提供福利服务的行政措施。

人员，享受高质量的护理服务，而大多数中间阶层，无力支付市场化的服务费用，也无法享受公共服务。韩国的老年医疗费用支出也逐年增多，2001年，在国民医疗费中65岁以上的老年医疗费占全国医疗费支出的22.2%，而同期老年人口占7.6%，2010年老年医疗费达到30.1%，2030年将达到47.9%^[4]。在老年医疗费用日益增长的情况下，韩国预想通过护理保险制度，合理区分医疗和护理费用，控制老年医疗费用的增长。

4. 为引入老年护理保险制度所做的准备

为了防止介护医疗化，日本从20世纪80年代开始逐渐调整护理服务政策，加大护理基础设施建设。1989年日本政府制定了《促进高龄者保健福利10年战略》（1990~1999），即黄金计划（gold plan）。其核心是到1999年培养10万名居家护理师（home helper）、建设1万个短期护理中心、1万个居家护理服务中心、日间照料中心5万床位、护理机构24万床位。但是1994年，日本政府认识到实施护理保险制度之时，已有的护理机构和专业护理师远远不能满足需要，因而及时调整了黄金计划，出台了新黄金计划（1995~1999）（new gold plan）。其主要内容是培养居家护理师17万名、短期护理机构6万床位等。1999年新黄金计划结束后，日本政府认为2000年实施介护保险之后，又制定了《高龄者保健福利发展方向》（2000~2004），即21世纪黄金计划（gold plan 21）^[5]。日本是从实施介护保险制度10年之前就开始着手准备基础设施建设。虽然当时的目的是为了防止“介护医疗化”倾向，但是投资建设基础设施和培养人力资源，客观上为介护保险的实施准备了条件。

在韩国，2001年8月15日金大中总统通过国庆贺词表明了建立老年长期护理保险制度的意图，2002年11月政府发布了《扩充老年护理机构十年计划》，计划每年扩充100所老年护理机构。但实施三年后政府认识到若要在2008年正式实施护理保险制度，护理机构和护理人员远不能满足需要，于是政府修改和调整了原来的计划，于2005年9月发布了《老年护理机构综合投资计划》，计划在2006~2008年三年时间，集中投资建设919所老年护理机构，以满足制度实施的需要。韩国政府尽管做了很大的努力，但是制度实施的2008年，护理机构和人员充足率也只达到了66%^[6]。

5. 日韩老年长期护理保险制度实施背景差异

人口老龄化、家庭照护功能的弱化以及老年人医疗费用的增加是日本和韩国面临的共同问题，也是两国实施护理保险制度的共同因素，但是某些因素所表现出来的程度有些差异。

从引入老年长期护理保险制度的时段看，虽然韩国老龄化程度不及日本，但老龄化速度却比日本快得多。日本从老龄化社会进入老龄社会用了24年，而韩国则预计需要18年。如果单从老龄化的标准衡量，韩国是在2008年，即65岁以上老年人口占10.3%时引入了老年长期护理保险制度，而日本是在老年人口占17.4%时的2000年实施了介护保险制度。由此可以说，韩国比日本大约早20年实施了老年护理保险制度。

从引入老年长期护理保险制度的过程来看，韩国实施老年福利法的时间比日本要晚。日本是1963年颁布了《老年福利法》并开展了老年护理服务，而韩国是在1981年才出台了《老年福利法》。日本在实施介护保险10年之前就开始通过黄金计划和新黄金计划，有计划地建设护理机构，培养人力资源，而韩国是从2002年开始大规模地筹建护理机构和培训护理人员，因而在制度实施之时，基础设施很不充分，当时亦有学者认为韩国实施老年长期护理保险制度为时尚早。事实上，韩国在制度实施之后，为了应对设施的不足，放宽了护理机构和人员培训机构的准入条件，也带来了一系列负面影响。

二、日韩老年长期护理保险制度的内容比较分析

2000年日本实施介护保险制度以后，韩国深入研究了日本的介护保险制度，也派官员和学者去日本考察，因而韩国的护理保险制度从内容到结构上同日本有很多相似之处，但因为两国的经济社会状况和老年福利政策发展进程不同，在某些内容上多少有些差异。以下从被保险人、保险人、保险资金、保险给付等四个方面进行比较分析。

1. 被保险人

日本护理保险的被保险人是居住在市町村的40岁以上的居民。其中,65岁以上者是第一类被保险人,当发生护理状态时,就能接受护理服务。40岁以上不满65岁的人是第二类被保险人,只有在出现早期老年痴呆症状或者因患有心脑血管等老年性疾病而处于护理状态时才能享受护理服务。

韩国依据普遍主义原则,以全民为对象实施老年护理保险制度,参保者与国民健康保险范围一致。长期护理保险给付范围是65岁以上老人或者不满65岁,但患有老年痴呆、心脑血管、帕森斯等老年性疾病并6个月以上难以独立生活而受护理服务等级判定的人。在制定老年长期护理保险法之时,韩国保健福利部曾对护理对象和护理服务所需的财政规模做了推算,即2008年制度实施之时,政策享受对象是8.5万人,占全体老人的1.7%,需要资金1.2万亿韩元,2010年扩大到三级,政策对象会扩大到16.6万人,占全体老人的3.1%,需要资金1.9万亿韩元^[9]。很多利益团体认为这一数据是保守的估计,实际需要照护的老年人远远超过这一比例。但是国会最终通过的法案还是尊崇了政府案,把4~5级轻度失能老人排除在制度之外。

比较两国护理保险的被保险人,日本采用选择主义原则,在参保年龄上予以限制,即40岁以上的人才能参加介护保险,而韩国的护理保险适用对象与健康保险一致。韩国把全民纳入到护理保险范围之内,体现了老年护理应由整个社会共同解决,所需费用由社会共同承担的社会连带思想,当然也不排除扩大缴费范围,增加保险基金之意。日本是把40岁以上的人纳入保险缴费范围之内,是考虑到40岁以上的人患有老年性疾病的几率高,体现缴费与受惠一致的原则。

2. 保险人

保险人是保险经营责任者,负责征收保险费、接受保险赔付申请、提供必要的保险服务、监管保险服务质量的事务。日本介护保险的保险人是市町村,这是因为长期以来,日本的老年保健福利都是由地方政府负责的,符合社会福利地方分权化趋势。当然,市町村不是独立运营这一制度,国家和都道府县对市町村提供财政及行政方面的支援。

韩国的长期护理保险管理主体是国民健康保险公团。在制度设计时也曾对日本的地方政府管理模式进行过探讨,但考虑到利用征费和给付一体化的既有健康管理资源,同时也考虑到地区间经济、服务差距,最终还是选择了在全国范围内平均支援的管理模式,把国民健康保险公团指定为长期护理保险的运营管理主体。公团负责管理保险参保人、征收保险费用、调查保险给付申请者、管理和指导护理等级判定和等级判定委员会的运营。地方政府负责指导、监督和管理福利机构,承担老年性疾病预防保健事业,可以指定或取消长期护理机关,可以推荐护理等级判定委员会成员。

从管理运营体系来看,日本采取的是地方主义方式,而韩国采取的是中央集权主义方式^[10]。在日本,市町村集健康保险、老年医疗与护理保险的责任主体于一身,保健、福利、医疗、疾病预防等责任都由地方政府负责。日本从20世纪80年代开始逐步实施了福利服务市场化、地方化的措施,实行了服务管理权限移交到市町村的分权化政策,逐渐把保健、医疗及福利事业转移到地方政府,因而介护保险管理事务由市町村负责乃是顺理成章之事。韩国是国民健康保险公团负责医疗保险和护理保险的管理,而老人的福利服务、健康保健、疾病预防等事业则由地方政府承担。韩国从21世纪初开始讨论社会福利运营权限转移到地方的问题,但是社会保险、公共救济等社会福利的主要决定权仍然集中在中央,中央对保险市场有较强的控制力,形成比较完备的健康保险管理系统。当时虽然有些学者和市民团体主张地方政府成为保险人,但是保健福利部认为护理保险和健康保险的适用对象一致,公团成为保险人可以节省管理成本,因而最终还是选择了中央集权的单一的保险管理机构。

3. 保险资金构成

在日本介护保险中,保险支付费用的50%由中央政府和地方政府共同承担,中央政府承担25%、都道府县和市町村各承担12.5%,其他50%是从征收的保险费中支出。第一类被保险人按其收入确定保险费,由市町村制定具体比例,每三年调整一次,保险费由市町村征收。第二类被保险人的保险费首先由国家统一征收,然后根据市町村支出介护保险情况进行分配,具有财政上的再分配性质。在

日本的介护保险中，介护服务利用者也承担 10% 的费用，机构入住者的伙食费不含在保险费中。最低生活保障对象则免缴费用，医疗救济对象、低收入者或者生活贫困者减免 50%。

韩国的长期护理保险所需费用也是由保险费、政府支援、个人支付等三部分构成的。长期护理保险的适用对象与国民健康保险参与者一致，分为职工参保者和社区参保者，两者均适用健康保险费的征收体系。护理保险费是由健康保险费乘以护理保险费率而得出，护理保险费率由长期护理委员会根据需要进行确定。国家每年向健康保险公团支援 20% 的保险费用，对最低生活保障者、医疗救助对象的护理费用以及其他业务费用由健康保险公团承担。个人利用护理保险服务时也要承担部分费用。利用机构护理时，个人承担 20%；利用居家护理服务时，个人承担 15%，个人承担费用比日本略高。

在护理保险缴费模式上日韩两国都采用国家支援、个人缴费、个人负担等方式筹集资金，资金筹集模式上有相似性，只是各部分资金构成比例有些差异。韩国的保险缴费比例、个人承担部分都比日本高，而国家支援的比例比日本要低，因而有学者认为韩国的护理保险具有提高个人负担，降低政府责任的倾向。

4. 保险给付

日本的介护保险给付分为处于护理状态而“要介护”的介护给付和有可能发生护理状态而“要支援”的预防给付。在介护给付中，有特别护理机构、老年保健机构、护理服务性医疗机构 3 种机构护理；有访问介护、上门洗澡、居家护理管理指导、日间照料、短期看护等 13 种居家护理。在预防给付中，有小规模多功能居家介护、夜间应对型访问介护、认知症应对型日间照料等 6 种地区紧密型服务。介护等级根据日常生活能力而需要介护或支援的程度分为 2 个“要支援”和 5 个“要介护”，共分 7 个等级，并分别制定了各个等级状态和服务时间，对“要介护”提供居家或机构服务，而对“要支援”只提供居家服务^[1]。

韩国的老年长期护理给付分为机构护理、居家护理和特别现金给付等三种类型，其中机构护理有入住 10 人以上的护理机构和入住 5 人以上 10 人以下的老年照护共同生活家庭等 2 种类型；有上门照护、上门洗澡、日间照料、辅助医疗、短期护理、租借工具等 6 种居家护理^[2]。此外，对居住在边缘地区，难以利用护理机构，或者因身体或精神等原因，不得不由提供护理的家庭成员提供家庭护理费；护理对象在养老院、残疾人福利机构等非指定的护理机关接受护理服务时提供特殊护理费；护理对象在老人医院或疗养院住院时，可以向医院提供护理费。

比较两国护理保险给付，日本根据老人失能程度分为“要支援”和“要介护”7 个等级，给付类型上有机构护理服务、居家护理服务和地区紧密型服务，没有现金给付。韩国根据老人身心功能状态受损程度分为最重症、重症、中度重症三个等级，给付类型上有机构护理、居家护理和特别现金给付。在给付内容上，日本的护理服务包括老人医院、上门诊疗等医疗服务，而韩国把医疗服务排除在护理保险给付之外。在给付规模上，韩国在 2008 年制度实施之时，只把占 1.7% 的 65 岁以上老年人纳入护理保险给付范围之内，而日本在 2000 年认定的介护保险给付对象规模是占 11.7% 的老年人。韩国对给付条件的规定要比日本更严格，把相当多的轻度失能老人排除在制度之外。

三、日韩老年长期护理保险制度改革与未来走向

日本实施介护保险之后，在实践过程中发现了很多问题，因而在制度实施五年之后的 2005 年着手改革了介护保险制度，改革的核心是护理服务从注重“量”转向注重“质”，加强医疗和介护之间的连续，加强预防。

第一，从事后介护向介护预防转换。日本从 2006 年 4 月开始，以市町村为主体，以轻度失能者为对象，增设了新的预防给付等级。预防给付对象是依据“状态维持或改善可能性”为标准，将轻度失能老人划分为“要支援”一级和“要支援”二级，并称之为“预防给付对象”，为其提供预防介护服务。对尚未获得等级认定，但有可能成为“要支援”、“要介护”状态的老年人，由地区综合援助中心提供相应的预防介护服务，预防给付费用由保险费和政府支援费中支出。

第二，确立新的服务体系。在介护保险法修改以前，护理类型主要有机构护理和居家护理服务，

改革以后增设了地区紧密型服务、介护预防服务。“地区紧密型服务”是针对需要护理的居家老年人开展的，由于接受居家护理服务的人数众多，而且独居老人特别是痴呆症患者不断增多，为方便其在自己习惯的地区生活，新法规定，市町村就近提供灵活、多样化的服务。

第三，提高服务质量。提高服务质量的改革措施主要有信息公开的义务化、服务机构经营者规制的改善、介护管理士（care manager）制度的改善等。“要介护”老人一般岁数大，身心功能低下，难以收集各种信息，影响介护服务的利用，因此，机构经营者有义务公开相关信息。介护保险的核心是介护管理，但在实际服务中，管理者不做充分准备，与主治医生的联系也不充分，因此，此次改革强调介护管理，要求介护管理者应该接受教育，并新设了主任级介护管理士级别。

此次改革的现实意义在于，通过改革实现了老年护理体制向预防转变，提高了费用的使用效率，在一定程度上减少了护理保险的财政开支，增加了福利领域的就业机会，对保持制度的稳定性和可持续性方面具有一定的意义^[13]。

韩国从2008年7月正式实施老年长期护理保险制度，很多专家学者认为尽管处在制度实施早期，很多问题还没有暴露出来，但借鉴日本经验，应该及早做好应对准备。在长期护理保险制度上，韩国和日本面临的问题大同小异，因为制度设计本身有很多相似性。韩国的很多专家学者指出，韩国也应该向日本一样加强护理保险的预防功能，同时在提高护理服务质量、加强护理服务机构的管理、增强从业者的服务专门性、改善服务人员待遇等方面加以改革。

四、日韩老年长期护理保险制度对中国的经验启示

中国是世界上人口基数最大，老年人口最多且老年人数增长最快的国家。根据中国老龄科学研究中心的调查显示，全国城乡失能和部分失能的老人总数达3300万人^[14]，老人护理问题已经成为急需解决的迫切问题。中日韩三国同属儒家文化圈，人口及社会结构具有相似性，而且在社会福利的制度设计和实施方面都有政府强烈干预的东亚社会福利模式的特点，因而深入研究已经实施老年长期护理保险的日本和韩国的经验，对我们构建老年长期护理服务体系具有重要的借鉴意义。

1. 深入分析建立护理保险制度的政策环境

目前国内有专家学者着手研究老年长期护理保险制度，而且认为中国也应该引入这一制度。我国实施长期护理保险制度有其必要性，但是在引入这一制度之前必须充分研究形成这一制度的政策环境。社会政策是社会环境的产物，没有对政策环境的深刻分析，而盲目引入某种社会政策，必然会导致政策的失败。因此，有必要从国外实施这一制度的环境因素中提炼出各种指标，结合中国实际考察这一指标在中国所表现出来的程度和特征。如在经济因素上，可以考察我国的人均GDP以及GDP中老年福利费用的支出规模。日本和韩国虽然用社会保险形式来筹集资金，但都有不同程度的国家财政支持，因而应该考察我国在经济实力上能否支持这一制度的实施。在社会环境方面，应该科学合理地统计人口老龄化程度和需要护理的老年人的规模，在基础设施和人力资源方面，考察现有的基础设施能否支撑这一制度的实施。从未来趋势来看，我国应该实施老年长期护理保险制度，但应该何时实施，如何设计等问题，应该是基于对政策环境的综合考察。2000年日本实施介护保险制度之时，充分借鉴了德国的经验，而韩国是深入研究和考察了日本的介护保险，在韩国的护理保险制度中，从框架到内容都能找到日本的痕迹，但又结合本国的特点予以本土化。

2. 为实施护理保险制度做好基础准备

日本用了近十年时间，做了护理机构的建设和人力资源的培养。韩国也是用了近六年的时间做基础设施建设，但即使这样，制度实施之时尚不能满足需要。韩国放宽了护理机构和护理人员培训机构的准入条件，导致护理机构和培训机构的乱设，直接影响了护理服务质量。护理保险与养老保险、医疗保险相比，更具复杂性。养老保险的有些因素具有较强的客观性，如退休年龄、缴费年限、个人缴费额等，只要核准给付条件，可以通过业已形成的金融网络系统，直接把养老金打入到指定账户里，实现老年人的收入保障。医疗保险则通过医疗机构提供服务，保险机构进行结算的方法实现老年人的

医疗保障。但是护理保险的给付是护理服务，护理对象的确定需要复杂的认证系统，也包括一定的主观判断。保险给付也需要众多的护理机构和专业护理人员。目前我国的护理机构数量绝对不足，截至2010年底，全国养老床位总数仅占老年人口总数的1.59%，不仅低于发达国家5%~7%的比例，也低于一些发展中国家2%~3%的水平，截至2011年底，我国平均1000名老人仅拥有17张床位^[5]。若条件不成熟时，急于引入护理保险制度，可能会导致有制度没服务的尴尬局面。因此，目前我们有必要制定发展老年护理机构和培养护理人员的中长期计划，为实施护理保险制度做好基础性准备。

3. 逐渐扩大护理服务对象

中国的老年服务政策与日韩实施护理保险之前的政策有些相似，都是依据选择主义原则，通过资产调查，对特殊群体提供公共服务，如城市无收入、无劳动能力和无抚养人的“三无”人员和农村“五保”人员，而90%以上的老人护理都是由家庭提供或在市场上购买服务。目前我国尚未建立普遍的老年长期护理服务体系，护理服务对象的确定仍然是按照收入状况和有无抚养人作为标准。随着护理服务需求的增加，中国也应该逐渐放宽确定护理服务对象的标准，结合中国实际，开发科学合理的护理服务资格评定条件，如以是否计划生育家庭、失独家庭为条件，不断扩大护理服务范围。

4. 加强老年预防事业

2000年日本实施介护保险制度以后，发现服务利用者每年都在增加，护理费用也持续增长。为此，日本改革介护保险法，增强了预防服务，把轻度失能老人纳入介护保险中，预防“要支援”转化为“要介护”的趋势并开展了以社区服务为中心的紧密型服务。韩国也是从日本的改革中吸取教训，在预防服务上增大了投入。马克·希曼和马克·利波尼斯曾经说“科学研究成果表明，多投入1元钱的预防费用，就可以节省8.59元的医疗费用，相应节省100元的重度抢救费用^[6]。”发展预防事业不仅可以节省医疗和护理费用，减轻个人和家庭负担，而且可以防止或延缓老年性疾病的发生，减轻老年人的痛苦，提升老年人的生活质量。因此，我国目前即使没有引入护理保险制度，但应该加强对预防事业的投入，建立老年性疾病预防体系。

参考文献:

- [1] [日] 國立社會保障人口問題研究所. 日本の將來推計人口 [R], 2008.
- [2] [韩] 韩国统计厅. 未来人口趋势 [EB/OL]. <http://kostat.go.kr>, 2008.
- [3] [韩] 朴承斗. 日本介护保险制定背景和立法经过考察 [J]. 仁川法学论丛, 2002, (5).
- [4] [韩] 郑京喜. 2005年度老人生活现状及福利需求调查 [R], 韩国保健社会研究院, 2005.
- [5] [韩] 韩国统计厅. 经济活动人口调查 [EB/OL]. <http://kostat.go.kr>, 2007.
- [6] [韩] 促进公共老年护理保障企划团. 实施公共老年护理保障制度的必要性和财政运营方式选择的听证会资料 [Z], 2003.
- [7] [韩] 李光宰. 老年长期护理保险制度政策形成过程的日韩比较 [M]. 韩国京畿: 共同体出版社, 2010.
- [8] 同 [7]: 90-91.
- [9] [韩] 保健福利部. 老年护理保险法制定案说明资料 [Z], 2006: 12.
- [10] 田香兰, 严基郁. 日韩老年人护理保障制度比较与借鉴 [J], 东北亚论坛, 2009, (3).
- [11] [韩] 李光宰. 老年护理保险制度的理解 [M]. 韩国京畿: 共同体出版社, 2007, 213.
- [12] 同 [11]: 116.
- [13] 安金文. 日本护理保险改革及动向分析 [J]. 日本学刊, 2010, (4).
- [14] 张恺悌. 全国城乡失能老年人状况研究 [EB/OL]. 全国老龄办门户网, <http://www.cncapre.gov.cn/>, 2011-03-01.
- [15] 贾立君等. 我国平均千名老人仅拥有养老机构17张床位 [N], 经济参考报, 2012-07-27.
- [16] [美] 马克·希曼, 马克·利波尼斯. 终极预防——6周让你健康一生 [M]. 南宁: 广西科学技术出版社, 2007: 封面.

责任编辑 方志