

# 关于完善老年服务和长期护理制度的思考与建议

李 珍\*

中国人民大学公共管理学院 北京 100872

**【摘要】**我国以家庭为基础,社区为依托、机构为补充、医养结合的多元福利体系已经建成。本文认为与医疗有关的长期护理应纳入基本医疗保险,与生活有关的长期照料属私人事务,当私人在经济上和服务上不能提供有效供给时,政府需要“兜底线”,瞄准对象,建立长期照护津贴制度,为弱势家庭提供长期生活照料的帮助;财政支出政策应由“补供方”为主转向“补需方”为主。文章认为现阶段社会长期护理保险不适合中国国情,建议完善健康养老、积极养老政策降低失能概率;构建“支持和维护家庭”的养老和长期照护政策体系。

**【关键词】**养老服务;失能老人;长期照料津贴;长期护理保险

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.08.001

## Thoughts and suggestionson improving the elderly care service and long-term care system

LI Zhen

School of Public Administration and Policy, Renmin University, Beijing 100872, China

**【Abstract】**In China, the pluralistic welfare system that is based on family, community support, institutional supplement, and combined with medical and elderly care has been established. This paper holds that long-term care related to medical care should be included into basic health insurance, whereas for the long-term care related to livelihood is a private matter. When private sector cannot provide effective supply in cash and services, the government should build the bottom line and target the objects by setting up a long-term care allowance system that provides long-term living care for the vulnerable elderly. The fiscal expenditure policy should therefore be shifted from targeting the “supply-side” to focusing on the “demand-side”. The paper put forward that social insurance for long-term care is not suitable for China’s current national conditions. It is recommended to improve the policies regarding healthy pensionand active pension in order to reduce probabilities of disability. The “family supporting and maintaining” policies should also be built up in the elderly care and long-term care systems.

**【Key words】**Elderly care service; Disabled elderly; Long-term care allowances; Long-term care insurance

## 1 前言

中国 2000 年步入老龄化社会,随着人口寿命的延长,老年人口的长期护理问题引起广泛关注。中国政府早在 20 世纪 90 年代开始建设养老服务体系,2006 年开始关注老年人长期护理服务提供体系的建设,中国政府是有远见的。经过十几年的建设,以家庭为基础,社区为依托、机构为补充、医养结合的多元福利体系基本建成。

随着人口寿命的延长,长期护理的需求会日益

增长,而另一方面,少子化、家庭小型化、医疗护理的专业化等原因,老年人长期护理需求在家庭内部得不到满足时,这种需求就会外溢为社会需求<sup>[1]</sup>,社会供给养老服务成为必然。即使由家庭提供长期护理也需要时间成本和经济成本,由社会供给养老服务更是直接表现为经济成本,于是就产生了筹资制度的问题。因此,本文在讨论长期护理服务提供时会一并考虑筹资制度。

高收入国家和地区在筹资模式和服务提供方面提供了诸多有益经验和启示:第一,筹资模式的选择

\* 基金项目:中欧合作项目“中国—欧盟社会保护改革”基金资助(DCI-ASIE/2014/350-601)

作者简介:李珍,女(1956 年—),博士,教授,博士生导师,主要研究方向为社会保障理论与政策。E-mail: lizhen1113@vip.sina.com

取决于许多因素,包括经济发展水平和家庭制度、长期护理的责任归属、人们对政府作用的认识等,新加坡和中国香港强调家庭的作用,政府仅对弱势群体负责,与其整体社会体系保持了一致;北欧国家政府提供高水平普享的长期护理福利制度,与其整体福利制度保持一致;英国强调家庭和社区的作用,政府提供家计调查的津贴制度,与其号称的“福利国家”和国民卫生服务体系完全不一致;荷兰、德国、日本等国则通过社会保险制度来筹资。<sup>[2-4]</sup>第二,无论筹资制度如何,越依赖机构提供服务费用越高,家庭的作用越大则总体费用越小。费用越高则家庭对外部的依赖程度也越高,即需求产生供给,供给的扩张反过来推动或拉动需求。

目前,长期护理的问题在中国日益受重视,在讨论长期护理服务提供制度建设时,筹资模式与服务提供模式的互动也应一并考虑在内。

## 2 中国养老服务制度的发展及长期护理筹资制度的探索

### 2.1 中国养老服务提供体系政策的演变

1994年以前,家庭一直是我国养老服务的唯一提供者,政府只对没有子女且没有经济能力的人口负责。新中国建立后,对于没有家庭可以依靠的无收入者,在生产水平极低的情况下,中国农村集体经济无依无靠的老年人及儿童建立了“五保”制度,对其中失能的人口进行集中养老,在城镇政府为“三无”<sup>①</sup>老年人和儿童提供救助型的资助,建立了配套的福利院供养制度。

1994年以后,养老服务提供主体的政策发生了变化,除了家庭,“社会养老保障制度”被引入,这里的“社会”是指社区和机构。中国养老服务提供进入多元化时代。1994年,中国政府发布《中国老龄工作七年发展纲要(1994—2000)》,提出“要坚持家庭养老与社会养老相结合的原则”,“积极建立和完善社会养老保障制度,增加老年人福利设施,扩大社会化业务范围。同时继续发挥家庭在经济供养、生活照料、精神慰藉方面的作用”。1996年,《老年人权益保障法》出台,在明确规定“老年人养老主要依靠家庭”的同时,指出要“发展社区服务,逐步建立适应老年人需要的生活服务、文化体育活动、疾病护理与康复等服务设施和网点”。这一阶段国家不仅提出了

“社会养老”的原则,并且将应对老年人服务需求包括照料服务的解决思路寄托于社区,较之依靠家庭养老在政策思想上有了重大转变,也为之后提出居家养老政策奠定了基础。这一时期,社会资本主办的养老机构也开始进入养老服务市场。

进入21世纪之后,养老服务提供主体的政策一直在调整家庭、社区和机构不同主体的权重和三者之间的协同关系,同时失能、半失能老年人的养老问题被提出,长期护理体系的建设受到重视。2006年国务院办公厅发布《关于加快发展养老服务业的意见》指出,“发展养老服务业要按照政策引导、政府扶持、社会兴办、市场推动的原则,逐步建立和完善以居家养老为基础、社区服务为依托、机构养老为补充的服务体系。”2011年发布的老龄事业“十二五”规划强调了机构的作用,政策修正为“居家为基础、社区为依托、机构为支撑”,同年,民政部发布《社会养老服务体系建设“十二五”规划》,首次将“解决失能、半失能老年群体养老问题”作为“加强社会养老服务体系建设,促进社会和谐稳定的当务之急”。社会资本快速进入养老服务市场,政府也给予养老机构大量补贴,养老机构过剩。因而养老服务“十三五”规划的政策是使“居家为基础、社区为依托、机构为补充,医养结合的养老服务体系更加完善”,这样在服务主体方面,回归到2006年的表述,在服务提供的内容上适应长期护理的需求,提出了医养结合。

2011年提出社会化“解决失能、半失能老年群体养老问题”后,2012年底,国家再次修订并颁布《中华人民共和国老年人权益保障法》,规定“国家逐步开展长期护理保障工作,保障老年人的护理需求”。

### 2.2 城乡养老服务及长期护理体系的现状

经过多年的建设,“居家为基础,社区为依托,机构为补充,医养结合的养老服务体系”已经建成。

#### 2.2.1 家庭是长期护理服务的主要提供者

第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查(以下简称“四调”)显示,从老年人的居住安排来看,独居/空巢老人占13.3%,与他人同住占比86.7%。就城乡而言,城市中独居/空巢老人的占比12.2%,低于农村的14.5%。调查数据显示,城乡老年人中有护理服务需求的比例为15.22%,其中城镇老年人为14.14%,农村老年人为16.38%。在这些需要护理

<sup>①</sup> “三无”人员是指无生活来源、无劳动能力、无法定抚养义务人的人员。

服务的城乡老年人中,91%的老人实际获得了照料护理服务,城镇为93.46%,高于农村的89.43%。只有约10%的老年人不能获得所需要的照料护理服务。在照料护理服务的主要提供者中,仍然以家庭成员为主:配偶(43.48%)、儿子(28.64%)、儿媳(10.08%)、女儿(10.35%)这四个主要提供者占到了约93%。这一比例在农村为95%,在城镇为90%。家庭外部的照料服务提供,5.35%的城镇老年人、0.58%的农村老年人是由家政服务人员提供照料服务;1.32%的城镇老年人和0.62%的农村老年人是由养老机构工作人员提供照料服务;利用社区工作人员或日间照料提供的照料服务的人非常少。

### 2.2.2 针对失能半失能老年人、高龄老年人、低收入空巢老年等特殊群体的服务提供体系得到了快速发展

2010年以后,以社区为依托的养老服务体系,由于财政支出和服务人员数量增加,服务的内容由最基本的助餐、保洁等基本生活服务向保健康复、医养结合、情感关怀等方向发展,从关注长护对象的经济状态向精神需求、健康需求发展;从家庭与社区的各自分离向社区整合资源支持家庭养老发展,为高龄老年人、失能半失能老年人及其家庭提供了很大的帮助。2016年,社区养老服务机构和设施3.5万个,社区互助型养老设施7.6万个;在各类养老床位中,社区留宿和日间照料床位322.9万张。<sup>[5]</sup>

### 2.2.3 信息化服务系统为依托的社区居家养老服务平台基本健全

“十二五”期间,各地积极建设社区居家养老服务信息系统平台,依托信息平台构建起以社会力量为主体的社区“虚拟养老院”,探索推行上门服务、应急服务、互助服务等多位一体、便捷的社区居家养老服务模式,为满足居家老人多层次、多样化的养老服务需求搭建起了服务平台。<sup>[6]</sup>

### 2.2.4 机构养老床位数快速增长,长期护理、康复、临终关怀等服务受到重视

截至2016年底,注册登记的养老服务机构2.9万个,各类养老床位合计730.2万张(每千名老年人拥有养老床位31.6张,包括社区留宿和日间照料床位)。根据2014年底和2015年对421家养老机构的调查,84.6%的养老机构设置了失能老人床位,平均每家设置失能老人床位91张,占平均床位数的42%,61.8%的养老机构设置了多功能护理床,平均每家机构设置多功能床位53张。在调查的421家养老机构中,75.5%的养老机构设有康复治疗室,康复治疗室面积平均为126.73平方米。有276家养老机

构设有临终关怀室,共有508间临终关怀室,平均每家养老机构1.84间,其中设置临终关怀室最多的养老机构有26间。<sup>[7]</sup>

## 2.3 老年人长期护理服务体系发展的主要问题

老年人长期护理服务体系是养老服务体系中的一部分,所以观察长期照护体系必须放在养老服务体系中整体观察。长期护理服务及活力老人服务提供体系的问题既有供求关系总量也有供求结构性错配的问题。

### 2.3.1 居家养老的主要问题

第一,农村老年人在健康状态、收入状态等方面较城镇老年人更弱势,长期护理服务供求矛盾比城镇更突出,而公共政策对城镇老年人关照更多,加剧了这种不平衡。同时,还有一个没有引起广泛注意的问题是第一代农民工正在老去,城镇政府是按户籍提供老年福利,年老的农民工绝大多数只能在农村获得相关福利,老年农民工的回流如何影响农村人口结构以及长期护理制度值得关注。第二,现有政策已经关注到高龄老人、空巢老人、低收入老人的养老服务和长期护理需求问题,一些多代同居的家庭可能是既没有能力提供长期护理服务也没有能力购买服务,“两代老人”家庭(老人与老人父母同居)长期护理能力也是有限的;第三,城镇家庭医疗护理需求可及性不强,“四调”显示居家养老对医生上门服务的需求最强,在农村地区,村医可以上门服务,而在城镇上门诊疗却是不合规的,供给与需求存在制度性障碍,目前,一些地方实施家庭医生签约制度,鼓励家庭医生提供上门服务;第四,老年人利用互联网能力不足。在信息化时代,包括远程医疗在内的许多服务,通过网络可以获得(如药品、健康咨询、保洁、餐饮、购物、缴水电费),但由于老年人家庭互联网入户率低和不会利用网络,老年人不能享受信息化带来的福利。

### 2.3.2 社区长期护理服务供给与需求的错配

一是社区养老床位的供给与需求的错配,这也是养老机构床位整体供大于求的原因之一。“四调”的数据显示社区日间照料的需求并不高,城乡只有2.13%的老年人对社区日间照料有需求,城市部分自理和不能自理老人对日间照料服务的需求仅有1.56%和0.54%。相反,近些年政府大量投入社区日间照料的基础设施,2016年,社区留宿和日间照料床位300多万张,因需求低,浪费惊人。北京政府对每个社区日托机构投入30~70万元,北京建设了2700多个日托机构,目前真正用于长期护理人口的机构不足700家,其他的机构闲置或者被用于他途。<sup>[8]</sup>

二是政府通过社区提供的服务与多样化需求的错配。地方政府通过社区平台为高龄老年人和长期护理对象购买服务,服务的形式通常较为单一,如保洁、助餐,而老年人的需求是各不相同的,统一的服务提供方式不能满足多样化的需求。

### 2.3.3 养老机构供给与需求的错配

一是机构养老床位总供给在数量上与总需求错配。国家统计局公布的数据显示,2014年末全国各类提供住宿的养老服务机构3.4万个,养老床位551.4万张,入住的老人却只有288.7万人,养老床位空置率高达48%。这一现象受到媒体关注后,统计局不再公布入住人数,但床位数却以更快增长速度增长<sup>[9-10]</sup>,供需形成剪刀差(图1)。

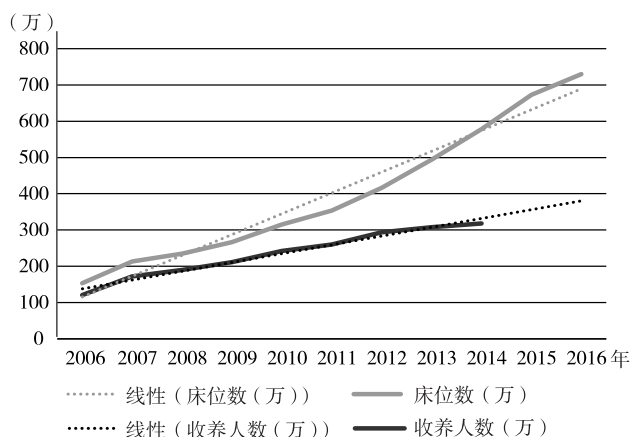


图1 2006—2016年养老机构床位数及入住人数增长情况

二是养老机构供给与需求存在空间上的错配。即使愿意入住机构,需要长期护理的老年人及家人希望在离家近且医疗条件、商业条件成熟的机构获得服务,这样的机构只能在城区获得。由于城区能提供的土地有限,养老机构尤其是大型机构的兴建有明显的郊区化现象,与老年人尤其是需要长期照护的老年人及家人的需求匹配度不高,城区的养老机构紧俏而偏远区域养老床位空置率较高,总供给大于总需求的部分原因是由这种供需的空间错配引起的。

三是财政补供方使得资源错配。政府财政资金一直关注养老机构基础设施的投入,即对供方的投入。政府对供方的投入主要有几种形式:一是政府投入并举办养老机构,或公办民营,如投入社区养老基础设施,补贴民办养老机构,按投资规模或者床位补贴。这种补供方的政策又引起一系列问题:政府投资的养老机构由于地理位置、专业水平、价格优势等“一床难求”。“一床难求”向市场主体发出了错误信号,再加财政资金补供方的政策,使得社会资本“一哄而上”;政府在长期护理领域的作用应该是“兜

底线”,除了为农村“五保户”老人和城市“三无”老人提供养老服务外,第一要务是为家庭支持能力不足的低收入失能人群提供保护,但补供方的益处不能准确落在这部分人身上。<sup>[11]</sup>与一般的认知相反,新的研究发现公办养老机构累计入住失能老人数和累计临终关怀老人数量少于民办机构。<sup>[4]</sup>这说明财政资金的福利瞄准机制出了偏差,活力老人、中高收入老人占用了较多的财政资源。

机构养老的总供给大于总需求、床位空置率高的结果,从宏观上看,是有限资源的浪费,从微观上看,养老机构经营困难,营利的机构只占一成,而亏损的机构占四分之一。<sup>[5]</sup>连锁的效应是民营小机构退出,大型机构进入养老市场且有平均规模扩大趋势(图2),可能进一步引发养老机构的规模和空间错配,未来可能出现的问题是压力集团影响公共政策,通过各种所谓制度创新来创造养老需求和长期照护需求,以缩小养老机构供需剪刀差。

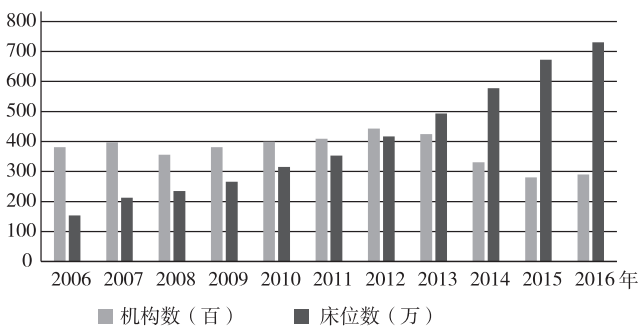


图2 2006—2016年养老机构与床位增长情况

### 2.4 长期护理筹资体制的探索

随着老年人长期护理问题的提出,在相关护理服务提供体系探索 and 发展的同时,中国政府也在积极探索各种筹资体制。一是政府供给的补残模式。进入21世纪后,一些高收入地区尝试以高龄津贴的形式补需方,随着长期护理需求的提出,政府贴补的对象扩展至低收入高需求的老年人群。<sup>[12]</sup>“十二五”强调机构养老后,养老机构建设总体供大于求,近年来各地更多关注补需方,长期护理补贴起步晚,基数小,但在可以预见的未来会使更多人受益。截至2016年8月,全国26个省(区、市)出台了高龄津贴补贴政策,20个省(区、市)出台了养老服务补贴政策,17个省(区、市)出台了长期护理补贴政策。享受高龄补贴的老年人2355.4万人,比上年增长9.3%;享受护理补贴的老年人40.5万人,比上年增长52.8%;享受养老服务补贴的老年人282.9万人,比上年增长9.7%。<sup>[5]</sup>二是社会保险模式。2016年7月,人力资源社会保障部办公厅出台《关于开展长期

护理保险制度试点的指导意见》，选择 15 个城市试点，先行先试，探索社会长期护理保险的模式。三是相互保险模式。相互保险是介于社会保险和商业保险之间的一种风险分散机制，从风险分散的角度，它是保险机制，从经营的目的而言，它是非营利的，这一点上像社会保险，不同的是其自愿且自负盈亏，是合作经济的一种。它比商业保险更古老，目前全世界保费收入的 27% 是相互保险。对中国而言，这是一个陌生的概念。目前有地方开始探索长期护理相互保险，如北京海淀区、成都武侯区。

### 3 关于完善老年服务和长期护理体系的思考与建议

完善“居家为基础，社区为依托，机构为补充，医养结合的养老服务体系”的方向是正确的。通过对我国养老服务和长期护理发展现状及问题的分析发现：一是居家养老和长期护理需要外部的支持，二是基础设施和养老床位供大于求，社区的信息工作只需顺势而为即可。另外，要长期护理服务的问题首先必须回答筹资体制的问题。

#### 3.1 政府在长期护理领域的首要责任是“兜底线，织密网”

老年人长期护理首先是私人事务，个人和家庭是第一责任人。但是一个社会总会有部分弱势群体缺乏处理私人事务的能力，政府在该领域应该起“兜底线，织密网”的作用，以个人和家庭提供长期护理的经济能力和服务能力的多寡为标准，精准支持弱势的个人和家庭，使他们可以分享社会发展的成果，政府和个人、家庭有效合作，实现人人老有所养的目标。

##### 3.1.1 老年人长期生活照料是私人事务，个人和家庭是第一责任人

党的十八大、十九大报告里关于社会保障制度的建设中都强调了“权责清晰”的原则，所以在老年人长期护理领域筹资和服务提供体系建设中，责任的厘清是制度安排的基础。目前，福利供给主体的多元化即多元福利的观念是有普遍共识的，但个人、家庭、社会和国家的各自边界以及如何协作达成共治，在不同的国家、历史条件和理念下，人们的认识却是不同的。福利多元的理念引自西方，但其内涵中西却完全不同。在长期护理领域，“福利多元”在福利国家的话语系统里，其含义是福利供给的主要责任由国家和社会向微观主体转移，向个人、家庭和企业转移，而在中国的话语系统里却恰恰相反，福利多元意味着个人和家庭的责任向社会和国家的转

移。<sup>[13-14]</sup>一个需要我们特别关注的新现象是，在福利国家长期护理曾经被视为公民权，目前这一价值观正在由长期护理是自己的责任所取代。<sup>[13-14]</sup>在福利国家向“右”转向时，中国向“左”转向需要格外注意基础理论的讨论。

老年人长期护理包含两个内容，一是与医疗护理有关的筹资与服务，一是与日常生活照料有关的筹资与服务。与医疗有关的服务应该是由基本医疗保险基金来购买<sup>[12,15]</sup>，而不是另建一个险种来解决老年人的医疗费用问题<sup>[15]</sup>；从经济理论和社会伦理的角度看，与日常生活照料有关的服务属于私人事务，就像婴幼儿和其他家庭成员的生活照料是私人事务一样，应该由私人来供给，私人可以自由决策是自己提供服务或者是购买服务，购买老年人长期生活照料服务的费用，可以自付也可以通过保险的方式来实现，但决定权在私人。正因为赡养和照料家庭成员的私人事务，所以中国的《老年人权益保障法》和《婚姻法》都规定了夫妻之间、父母子女之间经济上和生活上相互照料的权利与义务。中国没有遗产制度，老年人的财富下传，从社会伦理的角度子女理应赡养父母。从个人和家庭的经济能力看，除了退休金外，多半个人和家庭是有一定经济能力的。中国家庭具有两个显著特征：高的家庭储蓄率，约 90% 的城镇居民、60% 的农村居民具有 20% 以上的家户人均储蓄率<sup>[16]</sup>；在农村有 94%、城镇约 91% 的居民拥有住房<sup>[17]</sup>。储蓄加房产能为应对失能老年人提供一定的经济支撑。<sup>[10]</sup>

##### 3.1.2 现阶段社会长期护理保险不适应中国国情

老年人长期生活照料服务虽然是私人事务，但这并不妨碍政府提供共有产品和服务（社会保险）来解决，也不妨碍政府提供普享的公共产品和服务来解决。私人事务由私人解决还是由社会或者政府来解决，这取决于一国经济发展的水平、家庭制度的安排、居民对税负的态度等多个因素。一些福利国家通过共有产品或者公共产品为全体失能人口或者老年失能人口提供了慷慨的长期护理保障，这些国家正在反省和后退，家庭的责任重新被强调。<sup>[13]</sup>所以中国应当从中吸收教训，不管是社会保险还是财政津贴都不能超过经济承担能力。<sup>[10,15]</sup>

中国现阶段不宜推行社会保险制度的原因，一是上述中国的家庭制度是社会保护制度中的正式制度安排，这与福利国家是完全不同的，同时从社会伦理的角度看，中国文化的重要组成部分是孝文化，中国人和中国需要孝文化，尤其是老年人需要的是儿女绕膝来满足精神的需求，中国应该加强家庭的作



用<sup>[15,18]</sup>;二是中国的社会保障制度定位于“保基本”,其含义是保障基本风险和基本保障水平,长期照料费用不是基本风险,甚至不是纯粹风险,所有的高收入国家都在为其失能人口提供保障,但只有六个国家使用了社会保险制度,我们应该先比较不同模式的优势;三是中国人均 GDP 只是处于中等偏上水平,且中国的人均可支配收入呈偏态分布,通常收入水平较高者对保险资金的利用率较高,而收入水平较低者利用率较低,从福利归属看,社会长期护理保险一定具有逆向再分配的作用,这一问题在大病医保和公积金制度中均存在;四是中国经济结构和就业结构呈明显二元化状态,2016 年户籍城镇化率仅为 41%,参加职工医疗保险的只有 2.9 亿人口,其他人口由居民医保覆盖,如果从职工医保参保人开始推行长期护理保险则是锦上添花,长期护理需求更大的农村人口无法覆盖,如果短期实现人口全覆盖实则非常困难,当前居民医疗保险的保障水平尚且不足如何实现长期护理保险全覆盖?中国的社会保险是政府主导的,而政府主导则意味着政府在人口补保费在出口起收支不平衡的“兜底”作用,如果保险制度不能覆盖全民,则对不能参加该制度的人员是不公平的;五是当下供给侧改革,政府要求降低企业税费,另立险种不适宜。

### 3.1.3 在长期照料领域政府的首要责任是“兜底线、织密网”

中国仍然是发展中国家,2016 年人均 GDP 只有 8 100 美元,离高收入国家还有很大距离,国家没有能力提供普享的老年人长期护理保障制度。<sup>[15,19]</sup>高福利意味着高税收,我们必须在福利和义务之间权衡。在中国户籍城镇化过程中,政府的责任边界在为家庭内部既没有提供长期照料服务能力又没有经济购买服务能力的失能老年人提供帮助,即十九大提出的“兜底线,织密网”,同样也适应于其他年龄段的失能人口,尽管其他年龄段的失能人口的长期照料问题在中国还没有提上日程。这种制度选择较之于社会保险制度更能精准再分配,使得公共支出产生最大化社会福利。

基于以上的理论,本文建议按个人和家庭的经济和服务提供能力而不是按健康水平和家庭的结构将失能老年人划分为四类:低收入、弱家庭支持为一类;低收入有家庭支持为二类;高收入、弱家庭支持为三类;高收入、有家庭支持为四类。政府保障的对象首先是第一类人群,尤其是第一类人群中的严重失能老年人。随经济发展水平的提高,政府支持的人口可由第一类扩展到第二类,依此类推。目前已

有的政策支持了第一类人口中的“五保”和“三无”老年人,其实许多失能人口虽然与家人同住,但家庭的支持能力是不足的,需要得到政府的支持(图 3)。<sup>[15]</sup>

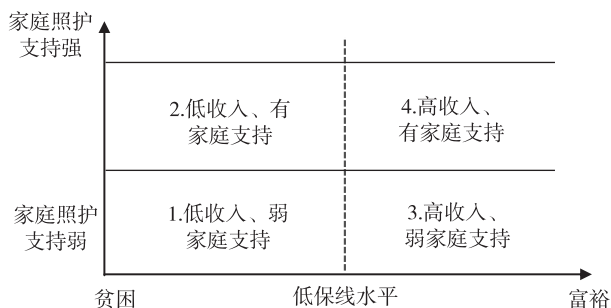


图 3 失能老年人的需求分类与政策瞄准机制

## 3.2 建议财政支出政策由“补供方”为主转向以“补需方”为主

### 3.2.1 老年人长期照料以补需方为主

“十二五”时期,政府通过养老试点、智慧养老建设、养老机构标准建设、床位补贴、税收优惠等养老服务供给侧的改革,促进了养老机构的发展,但是伴随的是高床位空置率、养老机构亏损、老人获得感不强等问题,所以现阶段应将财政支出的政策由供给方转向以补需方为主<sup>[8]</sup>,实现“钱随人走”,由需求来创造供给而不是供给创造需求。福利国家在长期照料领域的教训之一是机构服务供给的成本较高,如果由供给创造需求有可能步入福利国家的后尘。

### 3.2.2 改政府直接购买服务为服务券补贴

老年人长期照料服务是多样化的,政府直接购买服务在一定程度上不能做到供需有效匹配,建议改用服务券补贴保障对象,老年人可自行决策接受服务的内容、数量、地点和时间,可以使财政资金得以有效使用。<sup>[20]</sup>中国目前服务业供给已非常丰富和有效,老年人完全可以从市场获得相关的服务。

## 3.3 构建“支持和维护家庭”的政策体系

十九大报告指出“要积极应对人口老龄化,不断构建养老、孝老、敬老政策体系和社会环境”,这为以“家庭为基础”的养老服务体系指明了方向,政府通过相关家庭政策安排,支持和维护家庭在解决老年人服务和精神慰藉方面发挥重要作用。<sup>[14]</sup>在这一方面,文化上与中国相同的新加坡的许多经验值得借鉴。现代家庭养老是传统家庭养老的升级版,传统的养老是纯粹的私人事务,而现代的家庭养老是家庭在国家和社会、社区支持下的养老体系。一是利用现有电视网络或者其他资源联通老年人家庭的互联网<sup>[10]</sup>;社区养老服务机构可以为老年人及其家庭成员提供相关培训,使互联网的便利惠及老年人

特别是社会失能老年人。二是推进家庭医生签约并将长期护理内容纳入家庭医生服务内容,允许医务人员上门服务,解决家庭长期护理中最急迫的需求。三是支持适老住房改造。目前长期护理需求高的人群主要集中在高龄老人,其中城镇多数人的住房为 20 世纪 80 年代建造,没有电梯等设施是居家养老的困难之一,因而住房的改造很重要。四是对提供长期护理服务的家庭成员进行所得税减免。<sup>[21]</sup>五是对提供长期护理服务的家庭成员提供喘息服务或者津贴。<sup>[14]</sup>六是未来的城市住房设计应该将人口老龄化与家庭小型化考虑在内,使代际既有独立空间又能相互照顾。<sup>[16]</sup>七是通过税惠政策鼓励子女居住在老年父母的“一碗汤”距离内。

### 3.4 完善健康养老、积极养老政策降低失能概率

因为寿命越来越长不可避免出现失能,但失能和重度失能的概率是可以下降的,健康的寿命是可以延长的,部分失能和重度失能是可以完全或者部分康复的。现行老年人口政策已经体现了通过积极老龄化推动健康养老的理念,但这一理念需要普及,需要变成全民的行动。这需要全社会的努力,尤其需要社区和基层医疗机构和全科医生发挥积极的作用。

一是普及积极养老、健康老龄化的理念。在一定程度上衰老是被灌输的一个概念,所以要通过各种媒介、尤其是通过社区这个平台,灌输积极养老的理念,鼓励老年人参与各项社会活动,保持健康的身心,推迟衰老的进程。现有的政策已经做了许多的工作,还需要在广度和深度上推进。<sup>[21]</sup>二是采取积极措施,降低失能概率。比如建设适老住所、适老社区,减少摔跤引起的骨折和中风等;组织健康教育和健康管理可以有效提高健康水平,防止慢性病的发生率。三是加强康复训练减轻失能程度。四是城市和社区规划中为家庭养老和社区养老留有空间。五是开放机构养老市场,变前置审批为事中和事后监督,监管的标准一定要与当地经济发展水平相一致。

### 致谢

感谢武汉大学赵青、中国人民大学社会保障研究所的雷咸胜、陈晨为该文所做的相关文献和文字工作。

**作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。**

### 参 考 文 献

- [1] 刘太刚. 人类组织化生存: 动因、图景与未来——需求溢出理论的广义社会组织论[J]. 求索, 2017(1): 11-26.  
[2] Mot E. The Dutch system of long-term care [R]. CPB

Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis; CPB Document 204, 2010.

- [3] Bettio F, Verashchagina A. Long-Term Care for the elderly: Provisions and providers in 33 European countries [R]. Publications Office of the European Union, 2012.  
[4] Maarsea J, Jeurissen P. The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands [J]. Health policy, 2016, 120 (3): 241-245.  
[5] 民政部. 2016 年社会服务发展统计公报 [EB/OL]. (2017-08-03) [2018-01-23]. <http://www.mca.gov.cn/article/sj/tjgb/201708/20170815005382.shtml>  
[6] 宏观经济研究院课题组. “十三五”养老服务体系建设投资问题分析与建议[J]. 宏观经济管理, 2016(3): 10-18.  
[7] 青连斌. 我国养老机构基本情况的调查与初步分析[J]. 晋阳学刊, 2017(1): 68-80.  
[8] 杨宜勇, 魏义方. 切实促进我国养老产业发展[J]. 宏观经济管理, 2016(5): 28-30.  
[9] 唐钧. 中国老年服务的现状、问题和发展前景[J]. 国家行政学院学报, 2015(3): 75-81.  
[10] 辜胜阻, 吴华君, 曹冬梅. 构建科学合理养老服务体系的战略思考与建议[J]. 人口研究, 2017, 41(1): 3-14.  
[11] 张翔, 林腾. 补“砖头”、补“床头”还是补“人头”——基于浙江省某县养老机构的个案调查[J]. 社会保障研究, 2012(4): 39-48.  
[12] 张瑞. 中国长期护理保险的模式选择与制度设计[J]. 中州学刊, 2012(6): 99-102.  
[13] Grootegoed E, Dijk D. The Return of the Family? Welfare State Retrenchment and Client Autonomy in Long-Term Care [J]. Journal of Social Policy, 2012, 41(4): 677-694.  
[14] 刘德浩. 长期照护制度中的家庭团结与国家责任——基于欧洲部分国家的比较分析[J]. 人口学刊, 2016, 38(4): 36-47.  
[15] 何文炯. 长期照护保障制度建设若干问题[J]. 中共浙江省委党校学报, 2017, 33(03): 5-11.  
[16] 国家统计局. 中国统计年鉴 2013 [EB/OL]. [2017-01-23]. <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2013/indexch.htm>  
[17] 李珍. 论政府责任边界视域下中国住房公积金制度的改革方向[J]. 社会保障评论, 2017, 1(4): 106-115.  
[18] 戴卫东. 中国长期护理制度建构的十大议题[J]. 中国软科学, 2015(1): 28-34.  
[19] 邓大松, 李玉娇. 健康中国战略下长期照护保险: 制度理性、供需困境与路径选择[J]. 河北大学学报(哲学社会科学版), 2017, 42(5): 109-116.  
[20] 吕学静. 建立适应我国国情的长期照护保险制度[J]. 中国医疗保险, 2015(11): 8-10.  
[21] 朱铭来, 贾清显. 我国老年长期护理需求测算及保障模式选择[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(7): 32-38.

[收稿日期: 2018-04-23 修回日期: 2018-06-16]

(编辑 赵晓娟)