

长期护理政策的国际经验与中国探索

彭希哲 艾静怡

[摘要] 随着老龄化程度加深和家庭功能弱化,完善长期护理政策是未来社保体制和养老服务体系优化的重要一环。本文分类总结了世界主要国家和地区长期护理政策的特征以及制度选择的可能成因,并基于我国目前长期护理政策发展情况以及我国目前大力推进长期护理保险发展的背景,提出未来完善长期护理保险的政策思考。本文认为,首先应当确立我国未来长期护理保险的底层逻辑和基础,明确政策目标、政策定位及运行模式,整体设计应与国家战略及未来趋势相协调;其次完善筹资、评估和待遇方案,推进制度衔接和资源优化配置,提升长护险运行效率;然后在公共服务均等化的基础上平衡区域和人群受益水平,促进长护险制度公平发展;最后完善长护险配套资源建设,实现长期护理保险持续稳步发展的目标。

[关键词] 失能风险;长期护理政策;制度模式

一、引言

《联合国社会报告 2023》以老龄社会为主题,讨论了老龄化对经济社会带来的各类挑战以及政府应当如何为各个年龄段人群提供平等包容的社会环境。报告指出,老年居住安排和老龄化程度的变化使得长期护理需求不断攀升,如何将政府、社会、企业、家庭的力量整合起来为失能老人及其家庭提供保障是未来的重点之一。^①大部分发达国家和地区都已经建立了较为完善的老年保障制度,包括养老保险、老年津贴等,但面临老年人口的不断增长以及预期寿命的持续延长,传统模式已经很难满足日益增长的老年护理需求,各国均在探索如何建立一个均衡公平的长期护理系统。

我国早在 20 世纪 50 年代就开实施了长期护理政策,主要是以社会救助形式为“三无”老人提供相关服务和补贴。近年来随着人口老龄化程度的迅速加深,我国也在探索建立长期护理保险,以更好的满足老年人群日益增长的照料需求。我国于 2016 年开始探索建立长期护理保

[作者简介] 彭希哲,复旦大学老龄研究院院长、教授、博士生导师。主要研究方向:人口学与老年学。艾静怡(通讯作者),复旦大学老龄研究院博士后研究员。主要研究方向:社会保障、劳动经济学和健康经济学。

[基金项目] 国家社会科学基金重大项目“实施积极应对人口老龄化国家战略研究”(23ZDA102);上海市哲学社会科学规划课题“老龄化背景下健康资本影响经济增长的理论机理与作用路径研究”(2023EJB006)。

① 联合国:《世界社会报告 2023》,联合国官网:<https://desapublications.un.org/publications/world-social-report-2023-leaving-no-one-behind-ageing-world>, 2023 年。

险，^①2020年进一步扩大试点范围，^②2022年10月党的二十大报告明确指出要“建立长期护理保险制度”，指明未来一段时期内长期护理保险将是我国长期护理政策体系的重要发展方向。

本文希望通过总结其他国家的长期护理政策经验，结合我国长期护理政策的发展情况和现有探索，为厘清我国长期护理政策体系构成以及完善长期护理保险提供思路。

二、长期护理政策的国际经验借鉴

人口老龄化是21世纪各国共同面临的挑战，为了更好的应对日益增长的老年照料需求，世界范围内越来越多的国家开始实施长期护理相关的政策。如图1所示，世界卫生组织（WHO）统计数据显示2020年世界范围内有将近一半的国家和地区（96个）实施了长期护理相关的政策或计划，^③其中欧洲和东南亚地区制定长期护理相关政策或计划的国家占比更高。

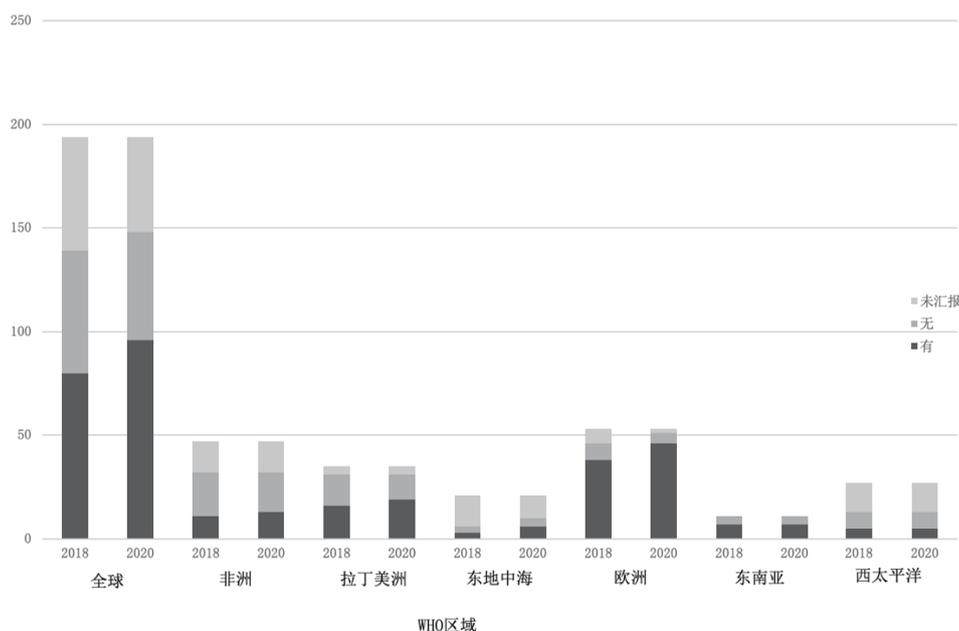


图1 世界各大地区建立或实施长期护理政策和计划情况

数据来源：世界卫生组织数据库（<https://platform.who.int/data/>）。

不同于大部分国家的养老保障和医疗保障都是围绕社会保险建立多层次保障系统，长期护理政策在世界范围内尚未有一致模式。一份基于26个实施长期护理政策国家的调查报告显示，其中有5个国家建立了正式的长期护理保险制度，^④4个国家采用社会救助模式为老年长期护理

① 人社部：《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》，中国政府网：https://www.gov.cn/xinwen/2016-07/08/content_5089283.htm，2016年7月8日。

② 医保局、财政部：《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》，中国政府网：https://www.gov.cn/gongbao/content/2020/content_5570107.htm，2020年9月10日。

③ World Health Organization, *Decades of Healthy Ageing: Baseline Report*, <https://www.who.int/publications/item/9789240017900>, 2021, pp. 78-82.

④ OECD, *the Effectiveness of Social Protection for Long-term Care in Old Age*, <https://www.oecd.org/publications/the-effectiveness-of-social-protection-for-long-term-care-in-old-age-2592f06e-en.htm>, 2020, pp. 109-110.

提供保障, 剩余 17 个国家采用社会福利模式。整体来看, 较少国家采用社会保险模式或社会救助模式, 大部分国家是采用社会福利模式。

表 1 部分国家长期护理政策模式及特征

政策模式	包含国家
社会保险	日本、德国、以色列、韩国、卢森堡、荷兰
社会福利	比利时、英国、法国、意大利、西班牙、爱尔兰、加拿大、捷克共和国、芬兰、斯洛文尼亚、斯洛伐克、立陶宛、拉脱维亚、奥地利、冰岛、瑞典
社会救助	爱沙尼亚、美国、匈牙利、克罗地亚

数据来源: 参见 OECD, The effectiveness of social protection for long-term care in old age, <https://www.oecd.org/publications/the-effectiveness-of-social-protection-for-long-term-care-in-old-age-2592f06e-en.htm>, 2020; 另有部分作者自行整理资料。

注: 由于本表格主要基于 OECD 关于长期护理政策的调查问卷整理得到, 因此缺乏部分 OECD 国家。此处仅考虑长期护理社会保障在机构护理方面的政策。在居家护理方面的政策大多数国家会与低保政策的现金补贴融合, 因此难以区分。

(一) 三类政策模式主要特征

本文将长期护理政策模式分为三大类: 社会保险型, 社会福利型和社会救助型。社会保险型的主要特点是政府、个人和企业共同筹资, 对于覆盖人群具有强制性、普遍性和互惠共济性; 社会福利型的主要特点是资金来源于政府的广覆盖福利; 社会救助型则是仅针对低收入群体提供相应补贴。

从制度依据来看, 社会保险型国家在长期护理制度方面通常具有相对独立且完善的条例, 如德国于 1995 年颁布《长期护理保险法》, 日本于 1997 年正式通过《介护保险法》, 卢森堡于 1998 年颁布《长期护理社会保险法》。而社会福利型和社会救助型可以基于专门的立法规定, 也可以是附属于其他的政府项目。如西班牙于 2006 年颁布《失能者照护促进法案》, 将此前附属于救助制度的长期护理项目独立出来, 并且拓展到所有失能人口; 而美国的长期护理政策则大部分来源于美国面向低收入群体的最大资助项目 (Medicaid)。

从项目目标和对象来看, 社会保险型长期护理政策的目标为实现风险共担的同时一定程度上满足人群的照护需求。为了实现保险的精算平衡以及社会保险的再分配功能, 社会保险通常都是要求所有居民参加, 如中国的医疗保险。而长期护理保险由于其领取时期通常发生在晚年, 存在缴费期和使用期的错配。考虑到长期护理保险的代际公平和缴费积极性, 不同国家的参保对象也有所差异, 如日本把参保对象限制在 40 岁以上人群, 德国、韩国和卢森堡则将年轻人群也纳入参保对象。社会福利型长期护理政策是一项政府福利项目, 面向普遍大众群体, 其目的主要在于保障并满足老年失能人群的照料需求。社会救助型长期护理政策的目标在于保障低收入人群的基本生活需求, 是社会救助体系在长期护理方面的延伸。对于失能老年人而言, 其基本生活需求中就包含了照护需求。

从资金体系来看, 社会保险型长期护理政策的资金来源于个人、企业和政府三方, 由于社会保险资金的专用性, 筹资水平的高低自然影响着待遇水平的高低。社会福利型长期护理政策的资

金来源于政府，待遇水平的高低则根据政府的政策目标决定，尽管该类政策不会根据老年人的收入状况决定是否提供补助，但是会影响待遇水平的高低，以期实现政策的再分配功能。社会救助型长期护理政策的资金来源与社会福利型一致，但是资金仅用于保障低收入人群的照护需求。

保障程度分两个维度考量，人群覆盖面和对于覆盖人群的补贴力度。第一，从覆盖面来看，由于社会救助型仅覆盖低收入人群，其覆盖面较小，而社会保险和社会福利则可高可低。如图 2 所示，利用各国 65 岁以上人口中享受政府长期护理政策的人群比例可以发现，社会救助型政策的人群覆盖面相对较低，社会保险型较高。第二，从补贴力度来看，理论上三类模式的补贴力度亦可高可低：社会福利和社会救助的资金来源于政府，因此对于政府财政能力要求较高；而社会保险资金来源于多方筹资，对政府筹资和资金管理运营能力有一定要求。如图 3 所示，从长期护理费用的政府资助比例数据来看，不同模式下的差异的确不大。

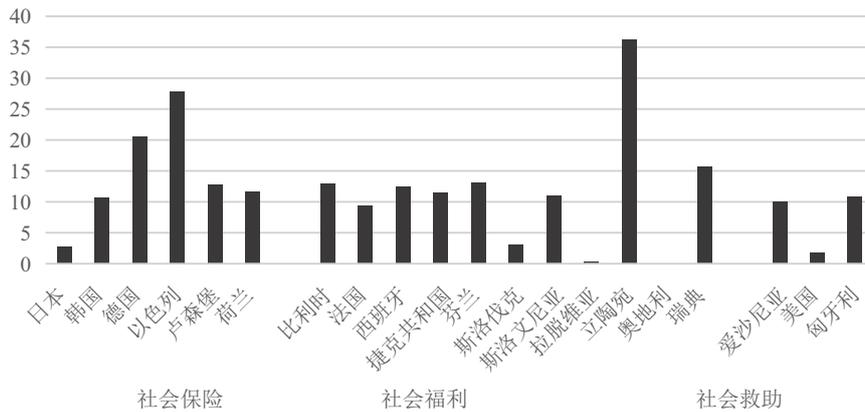


图 2 各国 65 岁以上人口中享受政府长期护理政策的人群比例 (%)

数据来源：European Commission and Social Protection Committee: Long-Term Care Report. Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society, <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/484b0ceb-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1/language-en>, 2021.

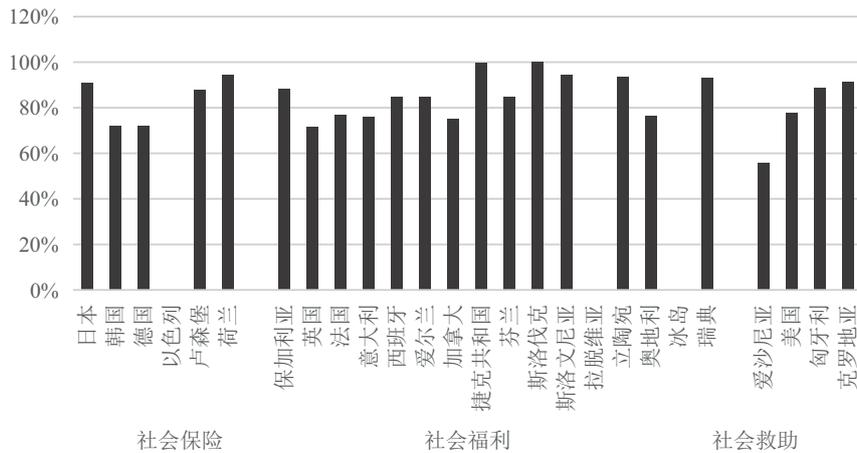


图 3 各国 2019 年长期护理费用的政府资助比例

数据来源：OECD: Assessing the comparability of long-term care spending estimates under the Joint Health Accounts questionnaire, <https://search.oecd.org/health/health-systems/LTC-Spending-Estimates-under-the-Joint-Health-Accounts-Questionnaire.pdf>, 2020.

注：以色列和冰岛相关数据缺失。

从实际效果来看,如图4所示,社会保险型政策下失能人口缺乏照料的比例较小,而社会救助型政策下该比例较大,说明社会保险政策在弥合照料需求缺口方面可能发挥了更大的作用。

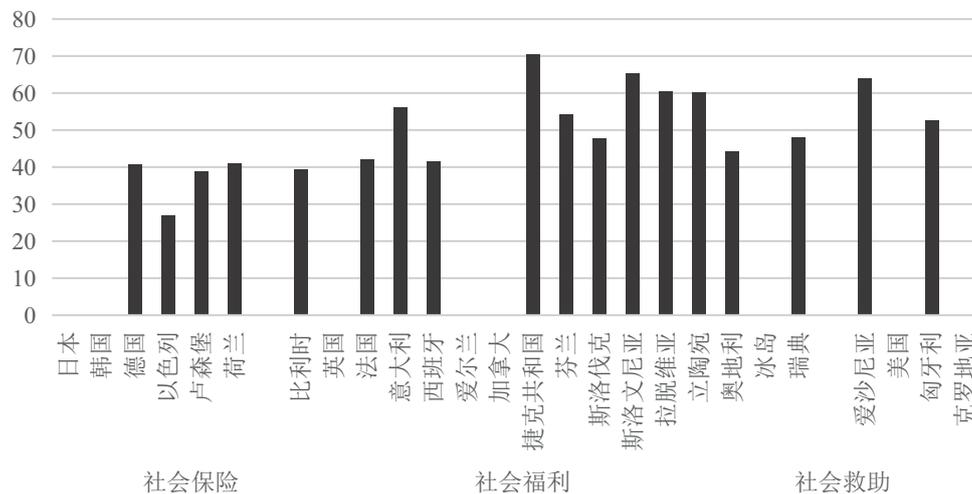


图4 各国2019年失能人员中缺乏照料比例(%)

数据来源: OECD: Health at a Glance, <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>, 2019.

注: 由于该数据为 OECD 基于其关于长期护理的国家调查问卷获取, 因此部分国家数据有所缺失。

(二) 不同模式选择的考量因素

这三类政策模式从制度依据、项目目标对象和资金体系来看各有差异, 不同经济、文化和社会背景的国家也因此通常会采用不同模式实施长期护理政策。下文分别从文化、经济和社会三个角度考察背后的因素。

1. 文化因素

文化积淀在不同国家之间差别很大, 家庭观念、自由主义以及对政府责任的公众期待等观念态度会在很大程度上影响一国长期护理政策的制定和实施。如果家庭观念较为薄弱, 长期护理市场的社会力量又相对缺乏, 因此更多依赖于政府力量时, 一国更可能选择社会保险或是高水平的社会福利型, 反之, 则更可能选择社会救助型。

德国选择社会保险型长期护理政策, 与其较强的个人主义观念、福利国家理念以及“社会团结”理想有一定关系。德国居民相比于其他国家居民而言, 相对而言更为注重自己的独立生活空间, 家庭观念相对淡薄。他们更多认为赡养父母并不仅仅是家庭的责任, 无论是年轻人还是老年人都希望政府能够负起一定责任, 而社会保险型正符合这一要求。除此之外, 德国还是现代社会保险制度的诞生地, 强调雇主、雇员以及政府三方共建的责任共担机制, 其推行的俾斯麦型社会保障制度后续也被许多国家采用。德国的传统社会理想是“社会团结”, 认为社会成员有责任通过集体行为为彼此的福利承担足够的责任。^①这也一定程度上影响了德国对长期护理政策模式的选择。

而美国和英国受自由主义影响较大, 家庭观念相对淡薄, 但其福利国家的色彩较弱, 更多

① 郝君富等:《德国长期护理保险制度设计、经济影响与启示》,《人口学刊》2014年第2期。

是依赖于市场力量补充政府的长期护理政策。因此美国和英国分别采用的是社会救助型和社会福利型，都没有选择社会保险型的长期护理政策。两国推出的长期护理政策主要是起到兜底保障性作用，并用市场化的商业长期护理保险作为政府长期护理政策的补充。^①

2. 经济因素

国家的经济基础很大程度上决定了政策力度，一方面长期护理政策的资金有赖于政府财政的支持，另一方面长期护理费用的高低以及个人自付能力也影响了长期护理政策待遇水平的高低。

整体而言，从不同国家的人均 GDP 对比来看，采用社会保险模式的国家人均 GDP 相对而言更高，社会福利模式次之，社会救助模式最低。如图 5 所示，人均 GDP 越高的国家，政府支持长期护理政策的能力也更强，同时这些国家一般社会保障力度也会更高，因此往往会采用社会保险模式或者是较高水平的社会福利模式。尽管在社会保险模式国家中以色列的人均 GDP 绝对值相对低，但它是中东地区唯一的发达国家，其强调科技创新和高技术出口的发展战略也为以色列经济的持续发展提供了动力。^②

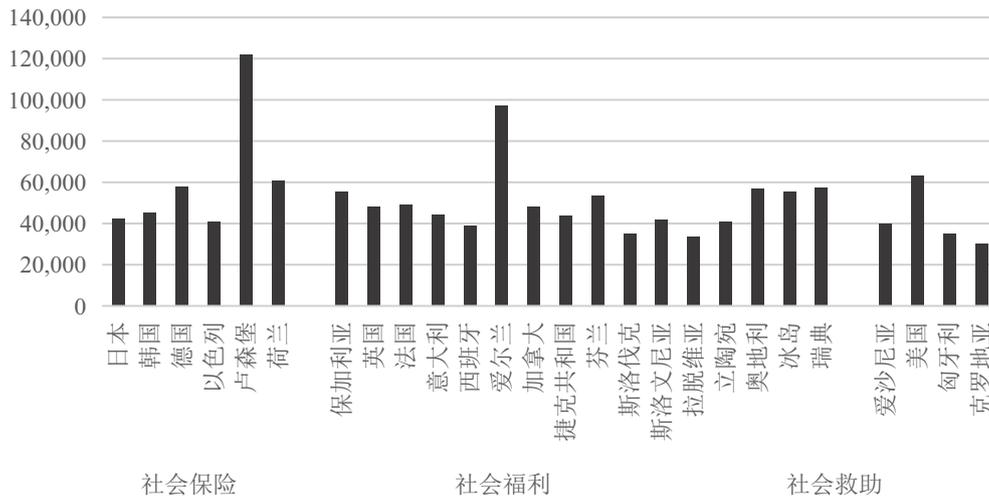


图 5 各国人均 GDP (美元/人, 2019)

数据来源：OECD 数据库 (<https://stats.oecd.org/Index.aspx>)。

如图 6 所示，从长期护理费用来看，社会保险模式国家长期护理费用相对较高，社会福利模式国家长期护理费用的差异比较大，而社会救助模式国家长期护理费用相对较低。这背后可能有两方面原因：一方面是长期护理费用越高的国家，老年人的社会护理成本更高，因此政府会采用待遇水平较高的模式，比如社会保险或者是社会福利；另一方面是政府采用了待遇水平较高的社会保险和社会福利，导致护理服务使用的道德风险，从而使得社会保险和社会福利型国家的长期护理费用高于社会救助型国家。但是我们对比三类国家的医疗费用情况，发现医疗费用也呈现类似的特征，而长期护理政策待遇的高低并不会在医疗费用产生类似的道德风险，因此可以一定程度上排除第二点原因的影响。

① Jonathan Gruber, et al., *Long-term Care Around the World*, NBER, <https://www.nber.org/papers/w31882>, 2023.

② Sharon Asiskovitch, "The Long-Term Care Insurance Program in Israel: Solidarity with the Elderly in a Changing Society," *Israel Journal of Health Policy Research*, 2013, 2(1).

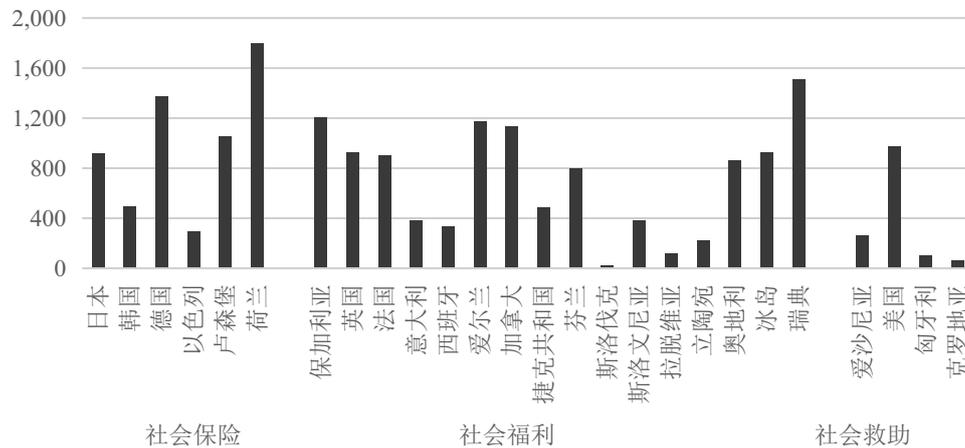


图 6 各国人均长期护理费用 (美元, 2019)

数据来源: OECD 数据库 (<https://stats.oecd.org/Index.aspx>)。

3. 社会因素

如图 7 所示, 从人口年龄结构来看, 除老龄化程度较重的日本之外, 社会保险型国家的人口老龄化程度不仅没有高于其他类型国家, 甚至还略低于其他国家。考虑到整体而言, 这些国家的老龄化程度都较高, 最低的为以色列, 2019 年为 12%。由此说明, 当老龄化程度达到一定标准时, 老龄化程度的具体数值可能会影响一国是否实施长期护理相关政策, 但是并不是一国决定长期护理政策模式的主要考量因素。

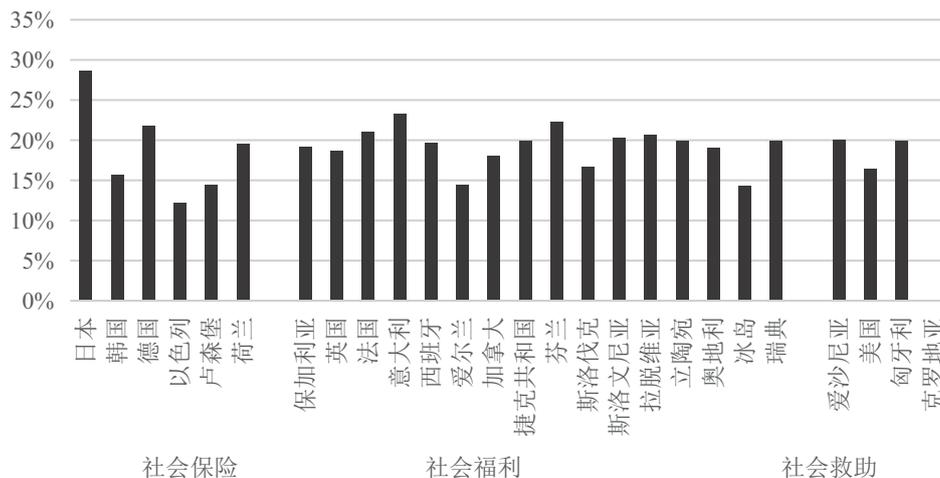


图 7 各国 2019 年 65 岁以上人口占比

数据来源: OECD 数据库 (<https://stats.oecd.org/Index.aspx>)。

除了老龄化程度的加深, 女性地位的变化也是改变照料格局, 影响政府长期护理政策的重要因素。当女性参与劳动力市场的程度逐渐上升, 原先由他们承担的家庭照料角色无人继续, 这进一步削弱了家庭老年照料能力。由此, 政府在长期护理中的参与程度需要加深。如图 8 所示, 从三类国家的对比来看, 社会保险型国家在 2010—2019 年女性劳动参与程度上升的幅度更大。

说明女性地位的提升可能与政府的长期护理政策模式有一定关系。

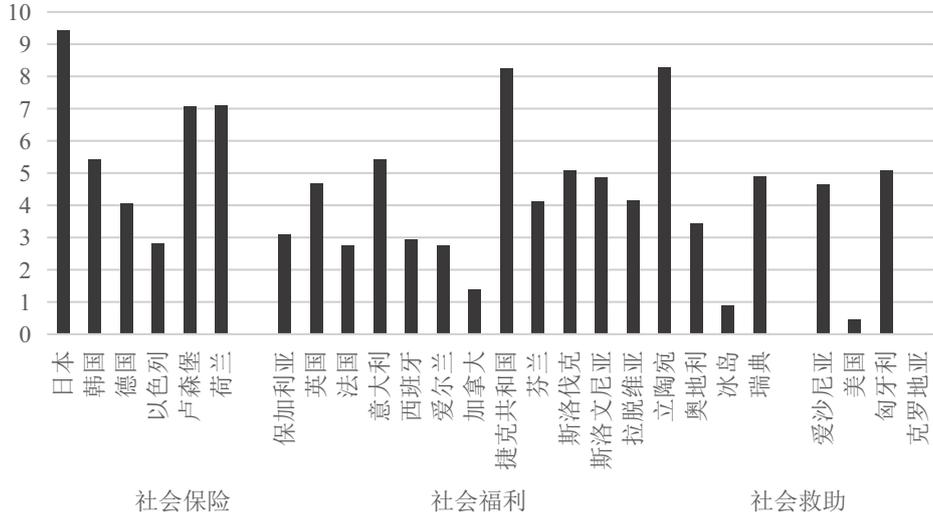


图 8 各国 2010-2019 年女性劳动参与率变化情况 (%)

数据来源：OECD 数据库（<https://stats.oecd.org/Index.aspx>）。

除此之外，管理模式的延续性也是一项重要考量因素。例如德国的医疗保险体系采用疾病基金的管理模式，这也为长护险的运营提供了更为丰富的经验。疾病基金之前服务于医疗保险，主要负责给参保人进行待遇给付，并且通过风险调整以及征收附加费率的方式维持基金自身收支平衡。疾病基金运营管理的经验能够有效缩减政府运营长期护理保险的成本。

（三）不同模式的运行经验

1. 社会保险

关于社会保险模式下的长期护理政策文献中已有诸多讨论。表 2 选择性地展示了德国、日本和韩国的长期护理保险特征和细节。下文从运营、筹资和待遇几方面阐述现有制度框架。

（1）运营模式多元化，政府参与程度不一

国际上长期护理保险的运营模式比较多样化。如德国引入市场竞争，将运营责任分派至各个疾病基金，这一方面能够减轻政府管理负担，另一方面也能够基于市场竞争提升长护险资金的运行效率。但是这对于市场管理机构的要求较高。德国能够成功采用这种模式的一个重要原因是德国的医疗保险体系采用疾病基金的管理模式，这为长护险的运营提供了更为丰富的经验。韩国也是基于国民健康保险公团运营医疗保险的基础，将长护险的运营工作交予国民健康保险公团负责，地方政府仅履行监督管理职责。日本不同于以上两个国家，政府参与程度较高，其运营主体仍然是政府部门，主要以基层行政组织单位为主，上级地方政府和中央负责制定制度并提供财政支出。日本允许各地区根据地区人口结构、社会化护理服务的可及性等自行决定参保者的缴费金额，中央政府仅规定参保人群的年龄范围、护理服务的分类及价格、费用负担份额及上限。这种中央与地方的合作方式一方面能够充分考虑地区差异，给予地方一定裁量权，调动地方积极性，另一方面也有利于中央政府从宏观层面把握长护险的运营情况，提升长护险的运行效率。

（2）财政补贴力度各不相同，缴费人群限定原则各异

不同于其他长护险实施国家，日本在资金筹集方面也较多依赖于政府财政。日本长护险资

金来源中, 50% 来源于财政补贴, 其他采用社会保险模式的国家的财政补贴比例远低于此, 德国财政补贴比例仅为 2%, 韩国财政补贴比例在 30% 左右。除此之外, 中央政府和都道府县(行政区)还将提供一定金额的财政稳定金用于弥补基层行政单位可能出现的预算不足情况。

不同于其他大部分国家的社保统一征收原则, 如德国和韩国参照其他社会保险规则, 均要求工作后即需缴纳长护险保费, 日本为长护险单独制定了缴费人员的年龄限制, 秉持“谁受益谁缴费”的原则。日本将所有长护险的参保人划分为两类: 第一类为 65 岁以上的全部老人, 第二类为 40—64 岁之间的人群。这两类人群的分类与其给付对象相呼应, 给付对象覆盖所有 65 岁以上的老人和 40—64 岁因病致残的人群,^①经相关部门认定健康状况后即可获得相应补贴。具体的缴费金额将根据收入水平和医疗保险缴费额确定。

是否需要限定长护险缴费人群也是一个值得探讨的问题。长护险不同于医疗保险和养老保险, 它要求个人达到一定失能程度才能领取相应补贴, 领取时机的不确定性更大。对于年轻人群而言, 他们缴纳这笔社会保险面临的风险收益比更高。日本一方面希望能够扩大长护险的参保面, 让更多人能够共担风险共享受益, 另一方面参保基数过大可能会引来年轻人由于其失能风险较低造成对于缴费的不满, 因此日本最终将缴费年龄限定在 40 岁以上。

(3) 待遇给付模式包含现金补贴和服务补贴, 待遇水平有所差异

现金补贴与服务补贴的方式之争存在于各个长护险实施国家。一方面, 现金补贴能够为失能者提供多样性的选择, 理论上来说可以带来更大福利作用, 同时现金补贴通常成本会低于服务补贴, 这有利于减轻基金支出压力; 而另一方面, 现金补贴可能会使家庭照料者, 尤其是女性留在家中承担照料角色, 不利于女性职业生涯发展, 同时现金补贴难以保证照料服务质量, 可能导致长护险对老年生活质量的改善效果不明显, 除此之外, 在养老服务产业的发展初期, 如果过度依赖于现金补贴可能导致养老服务产业发展缓慢。^②

德国年轻子女与父母同住比例较低, 家庭照护力量逐渐流失, 因此德国在政策建立初期就采用现金补贴和服务补贴并行的方式, 希望通过现金补贴减缓家庭照护力量流失的趋势, 现金补贴在政策建立初期的确更加吸引参保者, 而且能够减轻一部分基金压力。日本则是仅提供服务补贴而不提供现金补贴, 这主要有以下几个方面的原因: 第一, 护理基础设施较为充足。社会化照料资源的可及性, 是服务补贴得以有效实施的前提。同时服务补贴的存在也能够进一步推进护理机构的蓬勃发展, 形成良性循环。第二, 鼓励使用社会化照料, 提升老年照护质量。第四, 缩减短期基金开支。尽管对于同一位给付人, 政府对其进行现金补贴付出的成本会低于服务补贴成本, 但是现金补贴的存在可能导致政策初期的申请人过多, 大部分符合标准的失能人群都会申请, 这可能导致短期内长护险基金的运行压力过大。

日本在长护险实施之前, 普遍存在社会性住院的问题。日本长护险提供的待遇水平高于之前社会性住院能够获得的待遇水平, 才能确保这部分人群愿意从社会性住院转为接受长护险服务。由于福利刚性的存在, 日本的待遇水平在社会保险型国家中相对较高。德国的覆盖人群比例也较高, 但是补贴水平不如日本, 大概在 75% 左右, 韩国则更低。

① 日本厚生劳动省:《介護保険制度の概要》, https://www.mhlw.go.jp/stf/scisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kai-go_koureisha/gaiyo/index.html, 2020 年。

② Campbell, John Creighton, "How policies differ: Long-term-care insurance in Japan and Germany," *Aging and Social Policy*, 2002, (4).

表 2 日本、德国和韩国长护险制度细节

		日本	德国	韩国
建立	建立时间	2000 年	1994 年	2008 年
	相关依据	1997 年建立《介护保险法》，2000 年《介护保险法》正式实施	1994 年建立《长期照护保险法》	2007 年建立《老年人长期护理保险法》
覆盖范围	参保人群	40—64 岁 :3492 万 65 岁以上 : 4200 万	工作后开始缴费 7280 万人	与医疗保险共同征收，工作后开始缴费
	待遇享受人群	40—64 岁 : 15 万人 (占该年龄段的 0.3%) 65 岁以上 : 619 万人 (占该年龄段的 18%)	65 岁以上 : (占该年龄段的 18.4%)	65 岁以上 : 67 万 (占该年龄段的 8.8%)
筹资	缴费标准	由各市町村设定基准缴费额，再根据人员收入状况以基准额的 50%—150% 缴费	个人和雇主各缴纳收入的 1.525%，23 岁以上无子女个人增缴 0.25%	个人和雇主缴纳收入的 0.46%
	资金来源	50% 来源财政，50% 来源个人缴费，同时设有政府稳定性资金	2% 来源于财政补贴，其余来源于单位及个人缴费	60—65% 来源于个人及单位缴费，剩余来源于财政
	运营部门	独立筹资，基层单位（市町村）是运营主体，负责具体实施	独立筹资，由疾病基金机构（非政府部门）经办	独立筹资，由医保基金部门负责，但与医保分开管理
评估	评估层级	可照护 1—5 级 可支援 1—2 级	一共 5 个等级（基于行动、认知、行为、自理、康复、日常生活）	一共 6 个等级（52 个评估项目：行动、认知、行为以及康复能力）
服务	服务对象	需要长期护理或支持的第一类保险者、患有特定疾病需要长期护理的第二类保险者	对年龄没有限制，仅依据失能程度和失智程度判断	65 岁以上需要接受至少 6 个月护理的人群 65 岁以下需要因特定疾病失能失智才能享受待遇
待遇水平	给付形式	实物补贴	现金或者实物补贴	现金或者实物补贴
	报销比例	自付比例是 10%（2015 年 8 月之后，收入高于某个水平的自付比例是 20%）	覆盖最多 75% 的护理费用，一般为 50%	机构服务报销比例是 20%，居家服务报销比例是 15%（失能程度在 3 级以上能够住进机构）
	养老模式构成	66% 的基金支出花费在机构护理	23% 接受机构护理，50% 的基金支出花费在机构护理	28% 接受机构护理，54.5% 的基金支出花费在机构护理
基金运行	费率调整	每 3 年调整缴费费率	费率每隔几年进行调整	每年有所调整
	基金支出	2019 年基金总支出达到当年 GDP 的 2.55%	2019 年基金总支出达到当年 GDP 的 2.2%	2018 年基金总支出达到当年 GDP 的 0.37%

资料来源：根据各国政府网站整理。

2. 社会福利

社会福利型政策包含除社会保险和社会救助之外的各类长期护理政策，它与社会保险最主要的区别在于资金完全来源于政府财政，也基本都由地方政府运营，与社会救助最主要的区别

在于目标人群并非仅限于低收入人群。尽管在筹资和运营方面社会福利型国家相对一致，大多由政府部门承担管理，但是在待遇水平方面呈现较大的差异性。

(1) 多数国家待遇水平与收入挂钩

在本文主要研究的社会福利型国家中，大约有 2/3 国家的长期护理政策与收入或资产水平挂钩，^① 通过给予高收入人群更低的待遇水平，来实现更强的再分配功能，因为高收入人群往往具有更强的承担照护费用的能力。例如西班牙和英国低收入人群和高收入人群享受的长期护理补贴待遇水平相差 65%—75%。许多国家还会将资产水平作为个人经济能力的判定指标，以此决定个人长期护理费用的自付比例，但这也会造成一定的道德风险（个人选择变卖或者过继资产以获取更低的自付比例，即 Spend-down Effect^②）。除了利用收入和资产作为衡量待遇水平高低的指标之外，一些国家（如奥地利、立陶宛和拉脱维亚）还会将收入作为自付水平的基准，如奥地利的一项长期护理政策要求重度失能人群如果选择机构护理需要支付每月可支配收入的 20%。^③

(2) 待遇给付倾向于中重度人群

整体而言，为了尽可能提高资金的使用效率，把有限的资金分配给最需要相关服务的人群，大部分社会福利型长期护理政策的补贴都会更加倾向于中重度失能人群，在捷克共和国和拉脱维亚，每周低于 6.5 小时的护理需求甚至都无法进入申请补贴的流程。同时在享受待遇人群中，待遇在不同失能状况人群中差异较大，否则可能会造成实际享受待遇水平的逆转。比如法国失能状况的严重程度与补贴水平的慷慨程度呈现负向关系，这是由于法国对护理服务使用的时长有所限制，从而导致老年人实际获得的待遇水平与其失能状况不对等。

3. 社会救助

社会救助型政策是面向低收入人群的保障政策，是覆盖水平较低的一类长期护理政策。调查国家中主要是爱沙尼亚、美国、匈牙利和克罗地亚这四个国家采用了社会救助型政策。

社会救助型政策往往是长期护理政策的早期框架，如爱沙尼亚、匈牙利和克罗地亚的制度管理都相对碎片化，长期护理的社会救助网是由中央或者地方提供的各类政策共同形成，政策之间并未打通。美国则相对例外，美国老年医疗保险（Medicare）仅包含出院后的短期护理，因此在整体的政府长期护理费用中占比很小，而 Medicaid 则面向低收入人群，在政府长期护理费用支出中占比较高，除此之外美国在培育商业长期护理保险方面也做出许多努力。

(1) 收入门槛较为严格

社会救助型政策的覆盖人员标准设定非常重要，一方面需要精准定位困难人群，设定一定的收入或资产门槛，另一方面需要在尽可能避免扭曲个人储蓄消费行为的同时，覆盖到尽可能多的困难人群，切实起到社会兜底作用。比如克罗地亚将申请长期护理补贴的人员资质限制为收入水平在最低工资的 350% 以下，同时为了规避扭曲个人行为，要求申请者在过去两年不曾出售资产。但是即使设置多重资质限制，也较难实现对贫困人群的精准定位。如果根据 OECD 的贫困线或欧盟的贫困线标准，一些国家如爱沙尼亚和克罗地亚的政策覆盖人群尚未完全覆盖

① OECD, *the Effectiveness of Social Protection for Long-term Care in Old Age*, <https://www.oecd.org/publications/the-effectiveness-of-social-protection-for-long-term-care-in-old-age-2592f06e-en.htm>, 2020, pp. 37-41.

② Hideki Ariizumi, "Effect of Public Long-term Care Insurance on Consumption, Medical Care Demand, and Welfare," *Journal of Health Economics*, 2008, 27(6).

③ European Commission and Social Protection Committee, *Long-Term Care Report. Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society*, <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/484b0ceb-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1/language-en>, 2021.

全部贫困人群，仍有部分处于贫困线以下的人群无法享受到相应的长期护理政策。

（2）待遇水平相对较高

由于覆盖人群较少且大多是低收入人群，因此社会救助型政策的待遇水平相对较高。在社会救助型政策国家对待遇目录内的服务和费用实施几近全额报销的政策。但是这类政策的局限在于部分国家待遇目录限制较多，在院老人可能只能享受到部分服务。美国通过推出质量一致法案，^①要求所有的养老院需要为自费老人和报销老人提供相同质量的服务，否则会遭受相应惩处。

三、我国长期护理政策的现有探索

（一）我国长期护理政策进一步完善的必要性

1. 照料需求不断上涨，人群之间呈现结构性特征

我国人口老龄化正在进入加速提升阶段，2022年我国60岁及以上年龄的老年人口已经超过2.8亿，老年人口总量在未来10多年间将快速增长，到2050年，将超过5亿人，占比将达到38.81%，80岁及以上高龄老年人口占比将超过10%。^②研究预测，在综合考虑老年人群数量上升和失能率下降的基础上，从2020年到2030年，中国重度与极重度失能老人^③将从716.8万人上升到1045.8万人，2050年失能人口总量将达到5472.3万人。^④老龄化特别是高龄化使得失能半失能人口规模不断上涨，但健康模式的改变和社会经济状况的改善也可能降低老年人群失能率。^⑤

如图9所示，CHARLS数据显示，失能半失能程度随着年龄增加迅速上升，90岁以上失能半失能比例为60—64岁的九倍。而近十年来我国人口整体失能半失能比例在下降，一定程度上说明整体健康状况得到了改善。根据研究预测，在综合考虑老年人群上升和失能率下降的基础上，从2021年到2030年，中国重度失能老人^⑥将从4650万人上升到5932万人，上升幅度达到28%。这意味着在不考虑家庭结构和居住安排变迁的基础上，护理需求在2030年将上涨近三分之一。

除此之外，由于预期寿命的提升，老年人群的失智比例也在逐年升高，中国阿尔兹海默症发病率由2001年的0.46%上升至2019年的0.96%，^⑦老年人的认知能力在75岁之后加速下降。分结构来看，老年人口失能半失能比例的下降主要体现在城镇人群、女性以及高教育人群中。这说明近年来的健康改善在不同人群之间并未平等体现，社会经济地位较低的人群健康改善程度尚微，而这部分人群往往更加需要政府提供的护理保障政策。

① 参见 Health Care Financing Administration, *State Operations Manual: Provider Certification* (Pub.7), Washington, D.C., 1995.

② 联合国：《世界人口展望2022》，<https://population.un.org/wpp/>，2022年。

③ 重度失能的定义为任何一项ADL活动或IADL活动都需要帮助。

④ 廖少宏、王广州：《中国老年人口失能状况与变动趋势》，《中国人口科学》2021年第1期。

⑤ Jinquan Gong, et al., "Nowcasting and Forecasting the Care Needs of the Older Population in China: Analysis of Data from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS)," *The Lancet Public Health*, 2022, 7(12).

⑥ 重度失能的定义为任何一项ADL活动或IADL活动都需要帮助。

⑦ 参见 Global Burden of Disease, <https://www.healthdata.org/gbd>.

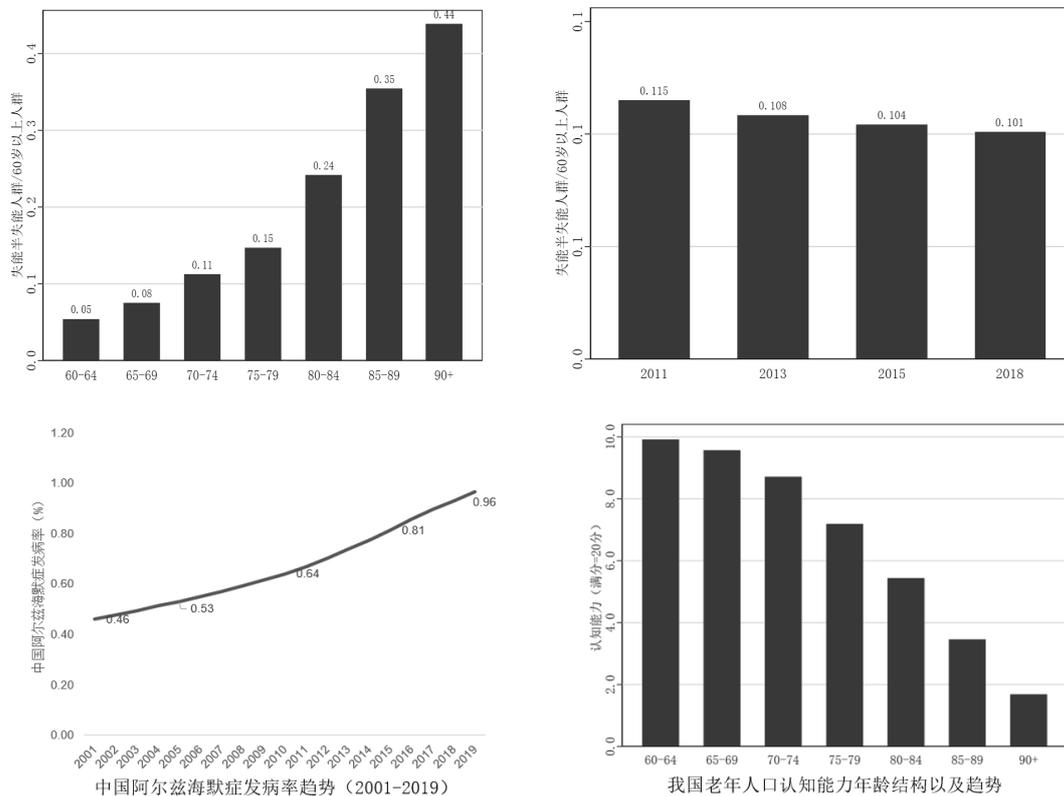


图9 我国老年人群的失能失智情况

数据来源：左上、右上以及右下四图数据来源分别为 CHALRS2018, CHARLS2011—2018 和 CHALRS2018。左下图数据来源为国际疾病负担数据 (<https://www.healthdata.org/gbd>)。

2. 我国照料资源分布不均，城乡区域发展差异很大

照料需求随着老龄化程度的加深日益严峻，而家庭照料功能由于家庭小型化和女性劳动参与率的提升逐渐弱化，因此社会化照料服务在当下格外重要。我国也在拓宽养老服务供给方面做出了许多努力，2013年出台《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》，利用多种激励工具推动了一批养老机构的成立，被称为“养老服务元年”，之后也出台了多项政策为培育养老服务企业做出贡献。

由于我国地域面积宽广，地区之间的经济水平、消费观念等差异较大，我国养老服务供给的区域分布并不均匀。沿海发达地区特别是在城市由于居民消费能力、政府支持力度等原因，养老机构的发展速度以及服务质量远高于其他地区，近年来社会化商业化的养老服务供给水平也不断提升。在城市内部，也存在郊区养老资源闲置，市中心养老资源不足的情形。广大农村地区老龄化程度严重，养老需求旺盛，但养老机构囿于盈利能力、人员招聘等方面的原因，较少进入农村养老市场，社会化的养老服务供给也比较缺乏，家庭成员提供的照料服务还是最主要的养老服务形式。

(二) 我国长期护理政策的发展情况

我国早在20世纪50年代就建立了针对三无老人（无子女、无依靠、无劳动能力和收入的老年人）养老需求的社会救助政策，通过提供免费住宿、机构服务，或者向个人提供救助金来满足这部分人群的长期护理需要。但是随着人口结构变化，城镇化率的提高，仅仅依靠社会救

助来保障老年福利的模式难以为继。政府也出台了一系列政策,包括每五年制定一次的《中国老龄事业发展规划纲要》,将原有的“三无对象”拓展到“五保老人”,继而陆续扩大到全体老人,并提出“居家养老”的概念,努力完善推动我国长期护理体系的发展。但这些政策仍然没有形成统一的框架,较为碎片化,导致我国长期护理服务在实践中出现无法可依,政策执行力低下,照护管理不规范,照料资源难以满足照料需求等问题。^①

随着人口老龄化的加深和家庭规模小型化,仅依靠社会救助已经难以满足日益增长的老年照料需求,而我国人口老龄化增长的速度可能也难以保证社会福利模式的持续运营,因此我国在“十三五”规划中明确指出要加快探索建立长期护理保险制度,这意味着我国长期护理政策发展进入一个新的阶段,将建立以长期护理保险为主的长期护理政策体系。2016年6月,国家人力资源和社会保障部印发《人力资源社会保障部办公厅关于开展长护险制度试点的指导意见》,明确了15个城市和2个重点联系省作为首批试点城市,这标志着国家层面长护险项目建设和发展的启动。这些城市在国家文件出台后,开始制定各自的长护险实施方案,陆续在2016年至2018年期间陆续正式开展试点。2020年9月,国家医疗保障局印发《关于扩大长护险制度试点的指导意见》,将长护险试点城市增至49个。2020年9月国家医疗保障局印发《关于扩大长护险制度试点的指导意见》,新增了14个试点城市。截至2022年3月,全国层面已有49个国家级试点城市和22个地方自行试点城市开展长期护理保险,长护险的参保人群也从2017年的440万人增加到2021年的1.4亿人,累计待遇享受人群由2017年的10万人增加到2021年的160万人。^②

从整体来看,尽管我国早在“十三五”规划中就明确采用长期护理保险的制度模式运行,但是我国各地目前的探索大多集中在对于评估标准、待遇水平以及管理方式等方面,对于社会保险的互助共济属性体现较少。从实际试点政策的内涵来看,目前我国各地长期护理保险的运行模式介于社会福利、医疗保险子项目、社会保险之间,一方面政策定位是社会保险,另一方面实际的筹资来源大部分仍然是依赖于政府部门以及医保资金,在第一批国家级试点城市中,仅有南宁实现了单位+个人缴费的模式,不再依赖于医保资金。未来在全国推广之前,应当亟需总结各地经验,厘清未来我国长期护理保险的现实运营模式。这在试点文件中也有所体现,2020年的文件就提出要“着眼于建立独立险种,独立设计、独立推进”,“筹资以单位和个人缴费为主,单位和个人缴费原则上按同比例分担”,在试点初期可由医保基金划拨。由此可见对于我国目前长期护理保险运行模式的进一步明晰是下一步工作的重点方向。

从制度细节来看,目前各地长期护理保险的制度细节由地方自行制定,存在地区特性和我国共性。从共性来看,国家层面的文件对保障人群、参保人群、资金筹集和待遇水平等设置了基本原则,并鼓励使用居家和社区护理服务,基金支付水平总体控制在70%左右。各地保障范围和覆盖对象从城镇职工逐步扩大到城乡居民;筹资渠道逐渐多元化;缴费和待遇模式也有所创新。

根据本文搜集得到的49个国家级试点城市和22个地方自行试点城市的长护险政策文件,各地的政策具有以下几项特点:

① 李冬梅等:《基于东亚福利模式的中日韩老年人长期照护体制比较研究》,《社会工作与管理》2014年第4期。
② 参见《国家发展改革委等四部门答记者问》, <http://bmfw.www.gov.cn/zcdwpt/index.html#/detail?id=27079>。

第一,筹资渠道逐渐多元化,可持续性有待提升。在2016年试点初期,几乎所有试点城市都不要个人直接缴费,资金主要是来源于医保基金的划拨。2020年之后许多城市在长护险的制度修订时也开始拓宽筹资渠道,包括财政补助、个人缴费、单位缴费以及社会捐助等多种筹资渠道。但是为了减轻单位和个人缴费压力、提升参保积极性,绝大部分城市的长护险资金仍然是从医保基金中划拨。如上海、苏州目前仍然是依赖医保统筹基金的直接划拨,但是长春、上饶、重庆、昆明、天津、成都、广州等地开始从医保基金个人账户、个人缴费以及单位缴费等渠道筹资。总体而言现有的多元化筹资渠道仍较大程度依赖于医保筹资和政府补贴,社会保险资金的专用性和互助共济性要求长护险未来的资金应当与医保资金的界限更加明确,政府补贴的占比日益缩小,形成独立的筹资来源,才能够保障未来的可持续性发展。

第二,参保人群逐步扩大至城乡居民。如表3中所示,所有试点城市均覆盖职工医保人群,除此之外,50%以上的城市覆盖了居民医保人群。许多城市是先以职工医保人群作为参保对象开展试点,继而进一步推广到全体人群,采用渐进推广模式。

表3 我国各试点城市长护险的参保人群情况

参保对象	地区
参加基本医疗保险的职工	承德、安庆、临沂、齐齐哈尔、聊城、泰安、重庆、滨州、济宁、淄博、菏泽、烟台、长沙、威海、贺州、德州、枣庄、秦皇岛、乌鲁木齐、珲春、天门、宜昌、定州、黔西南、湘潭、天津、福州、汉中、晋城、开封、盘锦、南宁
参加基本医疗保险的职工和城乡居民	青岛、长春、潍坊、济南、日照、南通、松原、吉林、荆门、上海、上饶、石河子、杭州、徐州、嘉兴、通化、临汾、苏州、宁波、克拉玛依、东营、台州、义乌、常州、无锡、舟山、满洲里、泰州、唐山、石家庄、乌海、晋江、呼和浩特、深圳、成都、广州、扬州、温州、昆明

资料来源:各地政策文件汇总。

第三,缴费和待遇给付差异化制定。目前50%以上的试点城市长护险同时覆盖职工医保参保人群和居民医保参保人群,由于这两部分人群的筹资标准在大部分城市均不相同,通常职工医保筹资水平高于居民医保筹资水平。因此在部分城市,职工医保人群与居民医保人群的待遇水平也不一致。如针对相同失能等级,成都职工医保人群的待遇水平是居民医保的两倍。除了职工医保与居民医保的差异之外,成都、广州两地也根据参保者年龄不同设置了差异化的缴费率,如成都设定40岁以下、40岁至退休、退休之后三档,分别为0.1%、0.2%和0.3%的缴费率,体现了缴费负担因人群而异的原则。

第四,补贴模式有所创新,因地制宜。各地给付模式可分为两类:一类是服务补贴,另一类是同时包含服务补贴和现金补贴,由参保者自行选择。30%左右的城市同时包含服务补贴和现金补贴。服务补贴通常采用设定封顶线、限定服务时长和价格等方式控制基金支出。为了避免现金补贴的滥用,大部分城市的现金补贴没有采取直接发放的形式,而是基于护理机构进行监督并发放。如上饶的现金补贴,即由亲属经护理服务机构培训,在机构的管理、指导和监督下,为其家里的失能人员照料护理。其标准为每人每月900元,其中800元由护理服务机构支付给失能家庭。部分城市还将补贴范围扩大到辅具购买和租赁。

表 4 我国各试点城市长护险的补贴方式情况

补贴方式	地区
包含现金补贴	聊城、滨州、威海、贺州、德州、黔西南、天津、汉中、晋城、开封、上饶、石河子、杭州、克拉玛依、东营、常州、无锡、唐山、石家庄、呼和浩特、深圳、温州、成都、扬州
不包含现金补贴	承德、安庆、临沂、齐齐哈尔、泰安、重庆、济宁、淄博、菏泽、烟台、长沙、枣庄、秦皇岛、乌鲁木齐、珲春、天门、宜昌、定州、湘潭、福州、盘锦、南宁、青岛、潍坊、长春、日照、南通、松原、吉林、荆门、济南、上海、徐州、嘉兴、通化、临汾、苏州、宁波、台州、义乌、舟山、满洲里、泰州、乌海、晋江、广州、昆明

资料来源：各地政策文件汇总。

四、长期护理保险未来发展的政策思考

根据国际长期护理政策的历史经验和我国各地长期护理政策的发展情况，可以明确目前的长期护理保险将成为我国未来长期护理政策的重要组成部分，未来我国长护险的制度建设应重点围绕以下几个维度：一是明确长护险的底层逻辑，确定运行模式，与国家战略及未来趋势相协调；二是改进长护险的筹资、评估、待遇支付、制度衔接细节，提升制度的公平效率可持续性；三是完善长护险配套资源建设，形成长护险未来发展的稳定基础。

（一）明确长护险的底层逻辑，与国家战略及未来趋势相协调

我国开展长护险试点近七年，具体制度设计各地因地区差异有所不同，而未来长护险成为全国性的政策是大势所趋，这要求我们在全面推开之前尽快明确长护险的整体设计和底层逻辑，确保长护险与我国未来人口经济的发展特点和整体战略相协调，也让各地在制定政策细节时有据可依。

首先，需要确立长护险的底层逻辑，结合国际长期护理政策的经验，可以发现不同的运行模式背后都蕴含着相应的政策目标和基本定位。因此，第一，需要明晰长护险的政策目标是普惠性还是兜底性，这由政府的福利目标与财政能力共同决定。我国的实践表明基本的兜底性保障难以保证老年人的照料需求，但是政府目标应当定位于介于普惠和兜底之间的哪个位置，则需要综合养老服务市场的发展程度、老年人群的照料需求以及政府的财政能力共同判断。第二，需要明确长护险的基本定位，是保基本还是高福利，中国其他类型的社会保障项目如医疗保险和养老保险，大多采用保基本的原则，对于覆盖人群的待遇水平不会设置的太高，实现一定程度上的社会公平，这对于财政的运行压力更小。高福利定位下则会提升老年人的整体生活质量，但是制度的缴费压力和代际公平则较难应对，目前的日本则存在这类挑战。因此构建政府保基本，市场力量补充的多层次的保障体系是能符合多方诉求的选择。第三，在确立政策目标和基本定位的基础之上，进一步确立运营模式。我国建立几十年的社会救助模式目前已经难以满足日益增长的老年照料需求，而在社会福利模式下我国急速加剧的老龄化趋势可能会导致政府财政压力过大，因此社会保险模式成为我国未来主要的发展方向。运营模式的确立一定程度上决定了资金的来源和使用原则。尽管目前我国的长护险是以社会保险命名，但是大部分地区的资

金筹集并非独立社会保险的筹资模式,这对于长护险的独立性和资金使用有较大限制,也难以实现社会保险互助共济的基本属性。

其次,长护险的整体设计应当与我国未来发展趋势及国家战略相协调。第一,长护险应与我国人口发展趋势和国家战略相协调,在充分考虑中国人口老龄化的基本发展趋势、失能趋势以及照护需求的发展趋势的基础上,长护险的整体设计应与我国其他发展战略相协调,比如共同富裕、乡村振兴、积极老龄化、男女平等以及家庭建设等国策,平衡长护险的短期目标与我国的长期发展战略,确保未来长护险政策运行的稳定性,尽可能通过前期的审慎研究减少后期对于政策的调整。第二,长护险应与未来护理费用、国家财政能力和融资能力的发展趋势相匹配,政策设计应当量力而行,避免未来发生由于福利刚性带来的可持续性危机。

长期护理保险稳定长久的发展,应当以明确可持续的底层逻辑为基础,确定长护险的政策目标、基本定位和运营模式,在此基础上,再进行待遇给付、评估标准、监管体系以及地区平衡等方面的完善,从而构建公平效率的长期护理保险制度。

(二) 完善筹资评估待遇标准,实现长护险可持续性发展

在确立长护险底层逻辑的基础之上,长护险的可持续性发展有赖于筹资、评估和待遇环节的的制度设计,以实现缴费负担与待遇水平的动态平衡。筹资决定了长护险的资金来源,评估标准的严格与否和补偿标准的高低决定了参保者的待遇水平以及长护险的资金去向。高待遇-高筹资模式有利于培育养老服务市场,提升受益人养老质量,但是基金的支出负担较重,筹资难度较大。低待遇-低筹资模式能够在有限的资金资源约束下满足更为紧迫的失能需求,对于财政压力较小,但是保障力度更低。

在确立筹资-待遇水平的基础之上,还应当建立相对精密的精算系统,同时政府可考虑进行一些资金储备,以缓解我国长护险在老龄化程度较高时的运行压力。如德国央行为应对婴儿潮在2034年将达到的75岁高峰设立了长期护理基金,每年按照长护险缴费基数0.1%份额提取,金额每年超过10亿美元,除此之外,德国自2022年开始还另外为长护险事业提供10亿欧元的补贴。^①

(三) 提升长护险运行效率,推进制度衔接和资源优化配置

除了资金收支方面的优化能够提升长护险资金运行的可持续性之外,加强制度衔接和优化资金资源在不同服务项目的配置,也能够提升长护险的运行效率。第一,在长护险开展试点之前,民政部门就针对老年护理出台了许多政策和补贴,如养老服务补贴、护理补贴和高龄补贴等,在长护险制度未来进一步完善时,各地应将已有的养老政策与长护险有机整合起来,加强不同制度之间的衔接,避免津贴给付重复或者遗漏。第二,目前我国长护险主要是覆盖失能后的护理阶段,未来可考虑将预防性服务、辅具提供或适老化改造纳入服务项目,这能够有效节约护理费用,提升长护险效率。基于社区提供预防性服务资源或者相关的适老化改造。第三,居家社区护理相比于机构护理的成本与老年人群的幸福会更高,在老年人群密度较高的地区应当鼓励居家社区护理,并给相应企业提供一定政策支持。第四,长护险护理服务项目的设计应兼

^① European Commission, *Financial Reform of German Long-term Care Insurance*, <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=25253&langId=en>, 2022, pp.1-2.

顾指导性和灵活性，指导性要求服务项目清单对于服务提供者能够起到引导作用，避免服务提供的质量不足；灵活性要求服务项目清单不宜过于细致以免难以满足不同失能人群的个性化需求，也会影响护理服务的质量，应当提高服务清单与照护需求的适配性。

（四）平衡区域和人群受益水平，促进长护险制度公平发展

长护险制度设计时应当考虑不同区域和不同人群之间经济、健康水平的差异，发挥长护险制度的再分配功能。主要体现在以下几个方面：第一，尽早统一居民和职工的长护险覆盖程度和受益水平。由于我国区分职工和居民的二元医疗保险结构，许多城市在长护险试点阶段沿用了医疗保险思路，先覆盖职工人群，这不利于居民和职工福利的均衡性。第二，完善农村地区长护资源配套设施服务，农村地区人口密度相对较低，长护服务的提供成本较高，可考虑在农村地区加强集体养老，鼓励家庭照料者和邻里照料者发挥作用，同时长护险可给予一些政策倾斜。第三，完善异地转移接续手续，平衡流动人口和常住人口之间的利益。我国养老保险和医疗保险的异地转移接续已在推动解决当中，流动人口通常是社会经济地位较低的人群，长护险异地携带使用的解决不仅能够提高流动人口的参保积极性，也能够为流动人口的养老提供一份保障。第四，参保人群设定年龄限制，待遇水平设计时考虑家庭功能，平衡代内和代际利益。长护险的领取条件是年老失能，通过设定最低参保年龄，可以提升个人参保积极性，避免个人年轻时因失能风险较低而不参保，同时也能够一定程度上平衡不同代际的利益；同时，在同一代际内部，子女越少的家庭养老功能通常越弱，更依赖于长护险制度的保障，因此可以参考德国对无子女家庭加征 0.25% 长护险缴费率的做法，平衡不同家庭之间的利益，也体现鼓励生育的价值导向。

（五）完善长护险配套资源建设，实现长护险稳步发展

长护险制度的稳步发展不仅依赖于其自身的制度设计，还需要人才、产业、环境、立法和监督等多方面配套资源的完善建设。第一，加强护理人才的培育，鼓励社会工作者参与，吸引优质管理人员进入行业。大量且优质的护理服务供给要求建设专业化的护理队伍。应当加强培育护理队伍，对护理人员开展技能化培训和学习教育；鼓励社会工作者、非营利组织等多方主体参与老年人护理服务，将护理服务市场化、社会化、契约化；同时，管理人员是人才队伍的主心骨，应当增强管理人员的心理和薪酬激励，明晰管理人员的发展晋升途径，吸引更多优质管理人员进行行业。第二，搭建系统的养老护理产业基础，长护险的持续推进能够为养老护理产业提供稳定的资金来源，这能够不断吸引企业进入养老护理产业，与此同时，政府也可以利用政策激励工具引导企业进入一些尚未开展长护险的城市，为未来长护险的稳步推进打好基础。第三，鼓励商业保险加入，协助构建长护险的市场化管理，建立多层次的长护险体系。鼓励商业保险公司开发层次丰富的长期护理保险产品，对政府主导的长期护理保险缺口进行补充，满足人民群众多样化和多层次护理需求。第四，完善相关立法和监督，搭建长护险制度的法律基础。考虑将长护险纳入《社会保险法》，确保有法可依，完善评估、服务、市场准入、行业监督等方面监管体系，形成长期护理保险制度体系的正向反馈机制。

International Experience in Long-term Care Policy and China's Exploration

Peng Xizhe, Ai Jingyi

(Fudan Institute on Ageing, Fudan University, Shanghai 200433, China)

Abstract: As aging deepens and familial roles diminish, the enhancement of long-term care policies becomes pivotal for optimizing future social security and eldercare service systems. This paper systematically outlines the characteristics of long-term care policies in major countries and regions worldwide, explores the possible determinants of model selection, and provides policy insights for refining long-term care insurance. Grounded in the current development of long-term care policies in China and the nation's proactive efforts to promote such insurance, the paper advocates for several policy considerations. Firstly, it emphasizes the need to establish the underlying logic and foundation of China's future long-term care insurance, clarify policy objectives, positioning, and operational modes in alignment with national strategy and future trends. Secondly, it underscores the importance of improving financing, assessment, and benefit programs, promoting system connectivity, and optimizing resource allocation to enhance operational efficiency. Thirdly, the paper calls for balancing benefit levels across different regions and groups to promote fairness, building on the equalization of public services. Lastly, it emphasizes the improvement of supporting resources for long-term care insurance to achieve sustainable and steady development.

Key words: disability risk; long-term care policy; institutional models

(责任编辑:李莹)