

# 养老金融评论

2024 年第 5 期（总第 102 期）

- 吴玉韶 等：中国式现代化与养老服务发展新趋势
- 杨燕绥：银色经济下“保险-医养”理性消费模式与价值
- 董登新：大力发展银发经济，扩大老年消费需求
- 朱铭来 等：瑞典长期护理保障制度发展状况及启示
- 胡宏伟 等：德国护理保障制度体系：嬗变、调适、评价与启示——  
基于制度关系的视角
- 刘德浩：海南长期护理保险制度建设研究
- 施文凯：完善长期护理保险制度 积极应对人口老龄化

养老金融 50 人论坛

[www.caff50.net](http://www.caff50.net)

## 养老金融 50 人论坛简介

养老金融 50 人论坛(CAFF50)由董克用教授联合华夏新供给经济学研究院等多家机构共同发起，于 2015 年 12 月 9 日正式成立。论坛成员由政界、学界和业界具有深厚学术功底和重要社会影响力的人士组成。论坛主要关注养老金融、养老服务金融和养老产业金融三部分内容，致力于成为养老金融领域的高端专业智库，旨在为政策制定提供智力支持，为行业发展搭建交流平台，向媒体大众传播专业知识。随着对养老金融研究的深入，为了促进产业落地，贵州国康养老金融研究院于 2021 年 1 月 29 日在北京宣布成立，致力于将自身建设成为一流、综合、专业的养老金融智库。

### 论坛学术顾问：

潘功胜 王忠民 胡晓义 宋晓梧

### 论坛秘书长：

董克用

### 常务副秘书长：

张 栋 施文凯

### 副秘书长：

孙 博 王赓宇

## 《养老金融评论》简介

《养老金融评论》是养老金融 50 人论坛月度官方刊物，秉承“专业性、前瞻性、国际性”的学术理念，以“为政策制定提供智力支持，为行业发展搭建交流平台，向媒体大众传播专业知识”为宗旨，重点反映论坛成员的学术成果与观点；跟踪国际理论前沿与实践动态；探讨中国养老金融改革与发展，促进养老金融领域交流与融合。我们诚挚欢迎业界、学界的专家踊跃撰稿，为我国养老金融发展贡献智慧。

### 《养老金融评论》编委会

**主编：**

董克用 姚余栋

**执行主编：**

张 栋 孙 博

**编辑组成员：**

施文凯 于东浩 陈 瑶 刘佳星

---

来稿、订阅及索要过刊等事宜，请发邮件至编辑部工作邮箱 [caff50review@caff50.net](mailto:caff50review@caff50.net) 进行联系。

## 目 录

### 【本期重点关注】

吴玉韶 等：中国式现代化与养老服务发展新趋势 .....	4
杨燕绥：银色经济下“保险-医养”理性消费模式与价值 .....	24
董登新：大力发展银发经济，扩大老年消费需求 .....	31
朱铭来 等：瑞典长期护理保障制度发展状况及启示 .....	35
胡宏伟 等：德国护理保障制度体系：嬗变、调适、评价与启示—— 基于制度关系的视角 .....	51
刘德浩：海南长期护理保险制度建设研究 .....	73
施文凯：完善长期护理保险制度 积极应对人口老龄化 .....	92

### 【CAFF50 大事记】

2024 年 4 月 CAFF50 动态 .....	101
----------------------------	-----

**导读：**养老服务金融是养老金融概念体系的重要组成部分，指的是社会机构围绕老年人的消费需求进行的金融服务活动。近年来，我国大力发展养老服务金融，为实现老有所养提供愈加坚实的保障。保险、银行、基金等金融行业不断聚焦养老服务，加大对养老领域的支持力度，创新养老金融产品，着力丰富养老服务供给，为老年人安享晚年提供更多样的选择。

本期《养老金融评论》重点关注如下内容：养老金融 50 人论坛核心成员、复旦大学老龄研究院吴玉韶教授分析中国式现代化与养老服务发展新趋势；养老金融 50 人论坛核心成员、清华大学公共管理学院杨燕绥教授阐述银色经济下“保险-医养”理性消费模式与价值；养老金融 50 人论坛核心成员、武汉科技大学金融证券研究所董登新教授提出大力发展银发经济，扩大老年消费需求；养老金融 50 人论坛特邀成员、南开大学金融学院养老与健康保障研究所所长朱铭来教授分析瑞典长期护理保障制度发展状况及启示；养老金融 50 人论坛特邀研究员、中国人民大学公共管理学院胡宏伟教授基于制度关系的视角，分析德国护理保障制度体系的嬗变、调适、评价与启示；养老金融 50 人论坛特邀研究员、海南大学公共管理学院刘德浩教授分享海南长期护理保险制度建设研究成果；养老金融 50 人论坛常务副秘书长、中国财政科学研究院助理研究员施文凯通过青岛、南通、成都开展长期护理保险制度试点调查，分析完善长期护理保险制度的发展路径，以飨读者。

## 吴玉韶 等：中国式现代化与养老服务发展新趋势



吴玉韶：养老金融 50 人论坛核心成员、复旦大学老龄研究院教授

现代化概念在我国的发展历久弥新，从新中国成立后明确提出“四个现代化”，到改革开放后创造性提出的“小康社会”，再到新时代正式确立“全面建设社会主义现代化国家”的国家战略，其内涵日益丰富，目标也更加明晰。2020年10月，中国共产党第十九届五中全会提出，要乘势而上开启全面建设社会主义现代化国家新征程、向第二个百年奋斗目标进军。时隔两年，党的二十大报告再次宣告，新时代新征程中国共产党的中心任务是团结带领全国各族人民全面

---

本文摘自《社会保障评论》2023年第6期，作者为吴玉韶、张钰婕。张钰婕系复旦大学社会发展与公共政策学院博士研究生。

建成社会主义现代化强国、实现第二个百年奋斗目标，以中国式现代化全面推进中华民族伟大复兴。开启中国式现代化新征程对增进民生福祉、提高人民生活品质的关键领域也提出了更高要求，要求紧紧抓住人民最关心最直接最现实的利益问题，坚持尽力而为、量力而行，深入群众、深入基层，采取更多惠民生、暖民心举措，着力解决好人民群众急难愁盼问题，健全基本公共服务体系，提高公共服务水平，增强均衡性和可及性，扎实推进共同富裕。这些工作要求都是推动高质量发展、构建新发展格局的重要部署，也是应对新时代人口结构变化所带来民生问题的关键举措。2000年，中国60岁及以上人口占总人口比例达到10%，65岁及以上人口占比达到7%，正式进入人口老龄化社会，至今已逾22载。在此期间，以老年群体为服务对象，以生活照护、专业协助、健康护理、精神慰藉等服务形式为依托，以满足生活、精神等方面需要为目标的养老服务业也迎来新的发展机遇，成为惠民生、保基本、促福祉的重要实践。新时代推动人口高质量发展，不仅体现了中国式现代化是以人民为中心的现代化，也回应了人口规模巨大和老龄化程度加速的挑战。而养老服务业作为推动人口高质量发展的重要部分，促进其高质量发展成为中国式现代化进程中的新趋势。2021年底，《中共中央国务院关于加强新时代老龄工作的意见》明确指出，“有效应对我国人口老龄化，事关国家发展全局，事关亿万百姓福祉，事关社会和谐稳定，对于全面建设社会主义现代化国家具有重要意义”。自党的十九届五中全会将实施积极应对人口老龄化上升到国家战略以来，让老年人生活安心、舒心、顺心、放心，

确保养老服务的高质量，既是新时代我国老龄事业的发展目标，也是中国式现代化下探索中国特色养老服务的新趋势与积极应对人口老龄化道路的重要实践。但由于需求变化、区域差距等因素的限制，养老服务业的发展热点呈现出纷繁复杂的特征，什么才是有价值、高质量、可持续的趋势引发社会各界的关注与讨论。

中国人口老龄化程度的加深与中国特色社会主义现代化建设的进程交织向前，有效应对人口老龄化在建设中国式现代化进程中的重要地位决定了中国式现代化关于人口结构、共同富裕、老龄事业等领域新主张的提出亦对新时期养老服务业的发展具有重要理论和实践指导意义。现代化是一个全球性的进程，几乎所有的国家和地区都在向不同的现代化阶段过渡，现代化也是一个全方位的过程，体现在人民生活所需方方面面的新趋势。在党的十九届五中全会上，习近平总书记深刻阐明了中国式现代化的五方面特征，强调这些特征都要在我国发展的方针政策、战略战术、政策举措、工作部署中得到体现。发展现代化养老服务业也应牢牢把握国家发展整体格局下的热点革新，如尊重人口规模巨大的现代化首要特征，认识到其背后所孕育着的巨大市场空间和消费潜力，以共同富裕为抓手，助推养老产业成为国内经济增长新动能。又如明确健康、智力和精神是人口高质量发展的重要维度，通过推动老龄人口健康素质的持续提升、转变养老观念和重视银发人才红利的挖掘来实现全龄人力资本水平的维护。在人口规模巨大的社会现实和积极老龄化观念的双重导向下，养老服务现代化成为当代中国养老发展新趋势的不二选择，中国式现代化的本质要求和

重要特征也成为养老服务业的“放大镜”与“风向标”，为当下养老服务的全面发展规划出重要的发展路径，从而推动新时代的养老服务业抓住关键热点、挖掘发展潜能。

### 一、养老服务业不只是事业也是更大的产业

中国特色社会主义进入新发展阶段，老年人对于生存、生活、发展所需的范畴和品质不断升级。对老年需求的满足既涉及到持续推进养老事业以促进基本公共服务均等化，也囊括了推动养老产业通过行业创新、技术引领来实现多样化产品和服务的有效供给。党的十八大以来，习近平总书记多次强调做好老龄工作的重要性，对老龄工作作出重要指示，强调“养老服务业既是关系亿万群众福祉的民生事业，也是具有巨大发展潜力的朝阳产业”。这为规划我国养老服务事业和产业的发展明确了路径方向，提供了根本遵循。人口老龄化危机，有“危”也有“机”，但是更多的“危”在事业，更多的“机”在产业。通常来说，当某类社会服务由政府承担时称之为“事业”，落脚到养老服务业来讲，“养老服务事业”的主体是政府及其事业单位，其所提供的产品和服务一般属于公共或半公共物品，活动具有非竞争性和非排他性，主要目的是为了满足不同年龄群体的基本公共需求。中国式现代化的特征之一是全体人民共同富裕的现代化，养老事业普惠优质的养老服务供给直接体现共同富裕的成色。当前，我国养老服务事业的发展一定程度上解决了老年人基本生存条件保障和生活质量提升问题，尤其是针对性地解决了社会中处于极端困境的老年群体的现实难题，遵循了“健全基本公共服务均等化，提高公共服务水平，增强均

衡性和可及性，扎实推动共同富裕”的实践路径，是政府为社会发展“兜底”的体现。但养老服务作为准公共事务，既有公共属性也有消费属性，作为公共属性的养老服务是共同富裕的内在要求，而作为消费属性的养老服务则是共同富裕的外在衍生。应清醒看到，当前养老服务消费属性不明显，养老事业所提供的服务和产品跟不上人口老龄化加深带来的需求增长和需求类别变化，且已投入资源的闲置问题严重。养老产业逐步进入公众视野，发展与人口老龄化进程相适应的养老产业的重要性和紧迫性日益凸显。

无论是从国际实践经验，还是国内应对老龄化的现实需求来看，有效激活市场资源，发展高品质养老产业是未来老龄化社会的必然趋势。2022年中央经济工作会议首次将养老服务列为三大重点消费领域之一，这充分说明养老服务业不只是事业，也是更大的产业，养老服务不应局限于传统的机构和社区养老服务，而应包括以满足老年人生活需求为目标的一系列经济活动。一方面，发展养老服务产业是对高质量发展成为新时代主题的响应，新时代推动高质量发展的本质就是为了人民，这不仅充分彰显了以人民为中心的发展思想，同时也是新时代赋予的重大使命，更是实施积极应对人口老龄化国家战略、推进中国式现代化的应有之意。随着老年人口数量的增加，以及群体受教育程度、消费水平等人口特征的更新，中国特色养老概念的内涵——“养老即生活”受到更多老年人的推崇。其中所强调的“多层次养老需求都应该得到满足，而不仅是基本的生存照顾”理念引发市场关注，越来越多个性化、多样化的养老产品得到研发和销售，调节了养

老服务福利性与私人供给失衡，养老产业由此初具规模。同时，家庭照顾资源的补给需求亦不容忽视。我国人口老龄化程度的不断加深和传统家庭养老模式功能的逐步弱化，需养老产业提供更好的养老服务，如失能失智老人的长期护理、高龄老人居家适老化改造、老年兴趣培养等，减轻照顾精力代际分配赤字问题，刺激家庭消费热情并激发消费欲望。

另一方面，养老服务产业的出现不仅以群体性需求为基础，也是经济增速变缓挑战下开发经济现代化新动能的必然选择。展望中国式现代化的经济前景，未来我国面临着经济全球化受阻带来的创新乏力风险和人口增长率下降、“未富先老”带来的经济衰退风险。养老产业作为新的消费热潮，其独有的服务属性与市场属性耦合，能够双重弥合人口老龄化加速与经济转型期创新乏力的困境。养老服务产业是集衣、食、住、行、文化娱乐等于一体的综合性产业，其蓬勃发展需要大量物资和技术支持，因此，它与上、下游产业之间有着很强的关联性和连锁效应。养老服务产业的发展必将带动房地产业、制药业、保险业、旅游业、教育业、娱乐业等其他行业的发展，也吸引了大量投资资金，加速资金流转。当前部分地区亦通过发展养老产业为供给侧改革下区域经济结构调整提供产业空间，拉动社会服务消费和内需增长，推动经济转型升级。不仅是宏观经济，就业市场中的个体也需要养老产业的快速发展来释放大量岗位，缓解就业压力，增强劳动价值与增加劳动收入。养老产业的范围之广，吸纳就业能力之强，除了扩大传统的养老护理人员和后勤服务人员需求，还有很多新兴职业如

老年服务产品经理、智慧养老平台运营官等伴随养老产业发展而出现。民生是人民幸福之基、社会和谐之本。大力推进养老事业和产业协同发展，是追求社会经济发展与民生保障和改善的有机结合，同时也是为了实现养老服务现代化而进行积极探索的重要趋势。通过协同发展，我们可以推动经济的繁荣，提高养老服务的质量和效率，实现社会公平和社会和谐的目标，为我国的养老服务体系的建设做出积极贡献。

## 二、养老服务不应是消极养老而是积极享老

中国式现代化是人口规模巨大的现代化，结合我国人口结构、人口老龄化等人口特征，意味着中国式现代化也是老年人口规模庞大的现代化，没有老年人口现代化，就不可能实现 14 亿多人口整体迈进现代化。可见，实施积极应对人口老龄化国家战略是实现中国式现代化的重要支撑，亦是重要保障。党的二十大报告提出，要实施积极应对人口老龄化国家战略，实现中国式现代化，就必须走出一条中国特色积极应对人口老龄化的道路。而正确认识我国人口老龄化，是实施积极应对人口老龄化国家战略的先决条件。养老服务是广大群众现实和潜在的基本需求，尤其是高龄失能老年人最为迫切的现实需求，以积极的认知、态度和行动发展养老服务是落实积极应对人口老龄化国家战略的关键性支撑。传统养老观念多体现消极的特点，主要表征为将养老当做一种无法避免的负担，将变老视为不可逆转的老化过程，认为服务内容只包含照料和医护。在这样观念的作用下，老年人只是被动的接受者，而非养老服务体系的主体，引发了诸多负面影响。首先，老年人缺乏自主性。消极的养老态度限制了老年人自主决策的权

利,易伤害老年人的自尊心,使他们感到失去了对自己生活的掌控力。其次,老年人易深陷社交孤岛。养老服务隐藏功能中很重要的一点就是互动,而消极被动的养老观念使得老年人持续地被“输入”,服务的提供大多只考虑“该不该”,而很少听取他们的“输出”,尊重他们“要不要”,剥夺了他们继续参与社会建设和发挥自身潜力的机会。久而久之,社交网络逐渐变得狭窄,导致孤独感的增加。更重要的是,此观念带给群体性的负面价值会削减服务所带来的实际效益,使得投入大量资源的服务实际价值产出比降低,间接造成老年人的福祉和幸福感下降。

从宏观现代化战略整体格局演进的角度来看,强互动、可持续的积极享老是未来养老服务业发展的实现形式。养老服务不应是消极的照顾和护理,而应该是积极的促进老年人身心健康和社会参与的享老,这意味着更加重视老年人的个体需求,尊重他们的意愿和选择,同时给予他们更多的自主权和参与社会活动的机会。落实在新时代的养老服务业发展路径上,主体的行为观念与外部的服务支持要从“生活必需型”向“享受型”“发展型”“参与型”转变。从主体层面来看,养老服务现代化转变需要全体社会成员的参与,既包括生理年龄上已进入老龄阶段的老年人,也包括其他年龄群体。参与的心理维度是树立终身发展理念,从认知上接受老年期只是个体生命周期中的一个阶段。这种自我肯定、接纳与适应可以缓解社会成员因生理角色转变而在情绪上产生的脆弱敏感,帮助他们建立和维系社交网络,减轻焦虑、抑郁等心理问题。参与的具体表现是开展多形式的行为活动,如社会

经济活动、文化艺术表演、体育锻炼和志愿者工作等。在全龄人力价值日益被重视的今天，能力不应该被狭义定义，很多老年人经历了更多的事情，积累了更多的经验与智慧，是社会的宝贵资源，可以为社会做出重要的贡献。推进积极享老，就需要充分开发老年人力资源，满足老年人发挥余热的心愿，集聚起年长者所拥有的更丰富的阅历、资源、经济储蓄等人口红利。

现代化养老服务向积极享老发展还要求外部支持体系的转变，主要表现为顺应老年市场的供给侧革新，刺激养老服务业的创造意识。当前，我国养老市场提供的服务很多还是从传统的消极养老模式出发，注重老年人的助餐、助洁、助浴等满足基本生存需求的服务。这种模式虽然确保了老年人的生活安全，但却忽视了他们精神和社会层面对于享受生活追求的满足。而积极观念的萌发将极大地督促未来的养老服务业向“享受”“参与”发展，注重精神文化层面和娱乐层面的转型，催熟已渐渐兴起的老年大学、社区文化角、老年主播等产品与服务，和还处于设计研发阶段的老年电子产品、信息消费 APP 等新兴赛道。如老年人早前在旅游行业的消费者画像中并未被列入主要目标群体，而随着享老观点的普及，夕阳旅行团已成为市场主力军。同时，养老服务趋于积极享老亦对建立养老服务的多元化供给体系给予理念肯定。不仅鼓励了社会组织和企业联合为老年人提供丰富多样的服务产品，还推动原有养老服务提供机构转型升级与传统的养老院和社区养老服务中心改革，延续服务供给，使老年人叠加受益于养老事业的“长尾效应”和养老产业的发展潜能。

### 三、养老服务不只是被动医疗而应是主动健康

习近平总书记指出，“人民健康是社会文明进步的基础，是民族昌盛和国家富强的重要标志。现代化最重要的指标还是人民健康，这是人民幸福生活的基础。”在人民全龄健康中，老年群体的健康无疑是一个关键的话题，我国是世界上人口老龄化程度比较高的国家之一，老年人口最多、老龄化增速最快、应对人口老龄化的养老服务任务也最重。贯彻落实好党的二十大精神，关键是将积极老龄观、健康老龄化理念融入经济社会发展全过程，融入中国式现代化全过程。从人类社会应对人口老龄化经验来看，健康老龄化是最经济、最实惠、最有效的手段。所有老年人都关注健康，无论低龄老年人还是高龄老年人，高收入老年人还是低收入老年人，也无论是活力老年人还是临终老年人，总结起来就是“有了健康，高龄不是问题；没有健康，低龄也是问题。”随着人口老龄化加剧带来的医疗资源紧张，如何提供有效的健康管理养老服务成为一个紧迫的任务。传统的健康理念，包括医养结合，其实大都停留在被动健康上，即老年人在生病后接受医疗机构的诊断和治疗。这固然能够通过医疗干预和药物治疗来处理突发性的疾病，解决救急难的问题，一定程度上为其健康保驾护航。但仅仅依靠医疗机构短期和单次的服务，会限制老年人健康素质的整体提升，也是对医疗资源的一种隐性浪费。在被动医疗模式下，照护者往往缺乏对老年人全面健康状态的评估和支持，无法管理长期或慢性健康问题，更不能充分关注老年人的心理、社交和精神健康。老年人对自己健康规划的自主性也会因认知不够、信息缺漏而丧失，对自己健康程

度的理解和掌控能力也会受到限制，健康需求得不到满足。

党的二十大开启了全面建设社会主义现代化国家新征程。把握新征程中的新使命，就必须把保障人民健康放在优先发展的战略位置。健康老龄化是对保障人民健康的理论意义和实践价值的深刻领会与低成本应对人口老龄化的战略选择，亦符合中国式现代化的时代背景对养老服务业发展的新要求，充分体现了积极老龄观的核心理念。为了响应健康老龄化的呼吁，养老服务业正逐渐被定位为促进老年人主动健康的过程。与传统的被动医疗不同，主动健康的养老方式主要关注疾病的预防，从而避免出现疾病和病态的情况。注重从饮食、锻炼、养生保健、环境健康和心理健康等多方面着手，从而构建一个有效的预防体系，帮助老年人更好地掌握自己的健康状况并采取积极的行动。老年人的衰变历程可分为衰落期、失能期、临终期。失能期差不多为几年时间，临终期约几个月，而衰落期最长，可能是几年、十几年，甚至几十年。但国内的养老事业从业人员往往忽视衰落期，甚至连衰落期的概念都没有。其实，真正能够体现积极老龄观、健康老龄化理念的，最值得干预、最值得期待的是“衰落期”。把衰落期干预好、控制好，就能最大限度地压缩失能期乃至临终期，还可以减轻医疗负担，合理利用医疗资源，并缩短治疗时间。此外，通过主动参与养老服务 and 培养社区互助精神，老年人可以通过技能分享和互助支持，减少对专业医疗机构的依赖。因此，养老服务最需要做的是干预和控制衰落期，通过持续性的支持和监测，建立起完善的健康管理体系，实现信息共享和协同治疗，以应对日常健康问题和预防疾病的发生，这

是现代化社会中健康老龄化的关键和重点所在。

世界卫生组织公布的 100%健康要素比重显示，医疗占 8%、遗传占 15%、环境占 17%、生活方式占 60%。由此可见，对一个人健康起主要作用的是生活方式，而不是医疗。因此，追求主动健康的养老服务不仅要注重疾病预防和身心健康，还需要从改善老年人生活方式的角度着手，构建一个健康生活方式的体系，这包括饮食结构的调整、合理的作息时间、适度的锻炼、保持社交联系等方面。对于老年人而言，通过合理、有益的生活方式，可以保持身体和心灵的健康状况，从而更好地享受晚年生活。但是老年人的健康素养比较低，想要健康的生活又不知道如何吸取健康知识和挑选健康信息，这是绝大多数老年人的真实写照。一个典型的例子便是许多老人在买保健品时上当受骗。有许多被骗的老人其实知道保健品是一个“谎言”，他第一次说：“万一是真的呢！”结果上当了；第二次又说：“万一这次是真的呢！”结果又上当了；第三次仍然说：“咱们怎么也不能错过机会！”结果又上当了。屡买屡骗，屡骗屡买，其根本原因是老人对健康生活的渴望和健康素养低。因此，未来养老服务业应该将健康生活方式的培养重点落脚于老年人健康素养的提升，通过健康信息的获取和健康认知的完善来改变生活方式，从而提升老年人的健康水平，特别是慢性病健康管理不是医院、医疗、医药能够解决的，而是要靠提升健康素养予以支持。这样一种主动健康的养老模式不仅符合社会、医疗和伦理层面的要求，也能够提升老年人的生活质量、延缓生理机能衰退，为老年人创造更健康、更有益的生活。

#### 四、养老服务不只为老年人所用更要发挥老年人作用

在全面建成社会主义现代化强国的战略周期中，人口老龄化进展迅速。由于人口规模巨大的乘数效应，深度和重度老龄化社会将相继到来，需要将人口的现代化概念从人口红利向长寿红利延伸，灵活把握人口与经济社会可持续发展的关系机制，深入挖掘长寿红利在中国式现代化进程中的潜力。传统养老服务包括助餐、助洁、助浴、助医、助急等，都是老年人之用，以满足老年人的需求为主，一定程度上提高了老年人的生活质量，保障他们的健康和幸福。老年人作为一个特殊的群体，他们在身体和健康状况上与其他年龄段的人存在差异。因此，专门为老年人提供养老服务是必要的，如一些养老院提供定期健康评估、药物管理和日常护理服务，以确保老年人的身体健康和日常生活品质。此外，老年人通常需要家庭和社会的支持来应对他们日常生活中的各种挑战，如日间照料和短期照顾等，不仅提供对老年人的照顾和关爱，也减轻了家庭成员的负担，为家庭成员提供喘息的机会，同时保证老年人得到专业的服务。随着生活品质的提升以及医疗科学的进步，人类预期寿命得到延长，初步进入老龄生理界限的低龄老年人健康素质较以往也有了显著提升。第七次全国人口普查数据显示，我国低龄健康、基本健康的老年人规模达到 1.37 亿人。同时，老年人受教育水平提高，老龄人力资源丰富，老年人口的平均受教育年限从 2000 年的 3.6 年提高到 2020 年的 7.1 年，老年人口中受教育程度在大专及以上的规模突破千万。更多老年人具备较高的文化素养和知识储备，能够在传播知识、传承文化和推动社会进步方面发挥积极作

用，着眼于老年人之用的服务易忽视老年人潜力和价值的弊端逐渐显现。将现代化进程与人口老龄化深度融合，发挥人口结构特征转变对养老服务业高层次发展的创造力，是借时代风向厚植老龄价值的必然选择。中国式现代化的全面建设与人口老龄化快速发展的道路、从人力资源大国向人力资本大国的转型之路相交重叠。我们可以充分利用当前我国人口老龄化的三方面积极特征——老年人口文化素养提升、基本健康老年人口数量增多、老年群体社会参与欲望强烈，推进养老服务现代化中老年群体角色的转变，构建由全体老年人共建共享的优质养老服务。

没有意义，退出就是唯一的意义；没有目标，死亡就是唯一的目标。美国芝加哥拉什大学医学中心研究发现，生活中有很强目标的老年人，患大面积脑梗死的可能性比其他老年人低 44%。人到老年，特别容易产生无意义感和无价值感，意义伴随着目标而来，而参与是目标产生的基础。到 2022 年底我国 60 岁及以上老年人口 2.8 亿人，占全国人口的 19.8%，其中 65 岁及以上 2.01 亿人，占人口总数的 14.9%，60—64 岁老年人 7026 万人，占老年人口总数的 25%，60—69 岁低龄老年人占老年人比重超过 50%。我国目前还处于低龄化为主的老龄化阶段，低龄老年人发展潜力巨大，更要强调他们的社会参与和目标培育。日本一项研究表明，日本养老副业的从业人员老化速度非常快，以上门护理员平均年龄为例，2008 年为 47.7 岁，2020 年就上升到了 54.1 岁。这提示养老服务业不仅仅要用年轻人，也要用低龄健康的老年人。老年人之间心灵距离最短，在提供精神关爱、非常规、临时性

服务方面具有独特优势，新养老服务业应以促进老年人全面发展为根本目标，建立“老年人不只是被动接受服务的客体，也是主动提供服务的主体”的服务信念，充分发挥老年人的价值和作用，这是积极老龄观的应有之义。

美国学者戴维·夏皮罗（David Shapiro）和理查德·莱德（Richard Leider）在《生命的对话》一书中说：“人人都会变老，但不是每一个人都能在成长中变老。一生中我们要经历两次成长，第一次从童年到成年，第二次从成年到老年。第二次成长与外在成长相比，更要关注内在的成长，要在成长中变老。”老年人在社会中发挥着不可替代的作用，可以为社会提供更多的智慧和经验，不应以固化的观念束缚着老年人，使其在无所事事中等待岁月的磋磨，而应充分给予他们二次成长的机会。那么如何把握老年人不同阶段的创新创造黄金期，形成有老年人参与的养老服务业发展新趋势，最重要一点就是尊重老年人的意愿。英国哲学家罗素说：“强烈的爱好让我们免于衰老。”法国哲人莫洛亚说：“老年人的真正不幸，不是身体的衰败、生理的退化，而是固有知识的禁锢所造成的心灵的冷漠。”对于老年人而言，他们可能产生多种多样的兴趣点，这样的热爱不仅可以保持他们的身体健康，更能够延续他们的社会角色，提升生活质量。因此，尊重和满足老年人的意愿，激发他们的积极性和热情，是老年人参与社会活动的重要前提。此外，要改善社区养老服务设施和环境。社区应提供便捷、通用、安全以及适合老年人参与的场所和活动空间，以便老年人更好地参与社会活动。同时，应科学组织开展社区老龄兴趣班会，

鼓励老年人参与志愿服务、文化艺术活动、兴趣小组等，提供广泛的社交和学习机会。当然，不仅要有场地、有设备，还要让老年群体会用。这就需要提供相关技能培训和教育，以提升老年人操作水平，强化其参与感和创新能力。当前，我国的老年教育还处于初级阶段，亟需从娱乐型向赋能型转变：思想赋能——树立积极老龄观；健康赋能——强化主动健康；技能赋能——参与创新创业。要实现这一转型，培训计划应包括自我评估、职业技能、信息科技和创业知识等方面，帮助老年人更新知识、提升技能，增加他们在全龄社会中的存在感和价值。此外，还可以推动老年人参与科技创新和数字化转型，培养他们应对新技术的能力。有了物质条件，还要有社会网络支持。因此，鼓励代际交流与合作就显得十分必要，要着力促进老年人与其他年龄群体的融合，通过组织跨代活动、合作项目和社区互助，搭建不同年龄层之间的桥梁，促进知识、技能和经验的交流。这种互动有助于改变其他年龄圈层对老年人的刻板印象，增加彼此之间的理解和尊重，共同创造一个积极、和谐的社会环境。

### 五、养老服务不只是社会服务也是社会治理

现代化体系中，社会服务的均衡性和可及性，充分反映社会主义“共同富裕”的本质要求和彰显“以人民为中心”的核心宗旨。社会服务的核心目标是满足社会成员的需求和提高社会福祉，而老年人作为社会的一部分，是特殊社会服务的重要对象，故养老服务随之产生。我国现有养老服务，如适老化改造、智慧养老平台等，旨在满足老年人的生活照料、医疗护理、康复养护等基本需求，提升个体晚年生活

的品质，增强社会的凝聚力和稳定性，取得了一定的社会效益。除却以上专项供给，养老服务与其他社会服务亦紧紧相依，包括教育、医疗、就业、住房等多个领域，协同实现“1+1>2”的串联式发展成效。可以说，在当代中国社会服务体系的合理搭建中，养老服务占据了重要的位置，回应着老年群体基于权利对政府的合理要求，亦可增加多行业的实际利益。而在充分认识养老服务作为社会服务对完善社会保障体系、提升群体福利重要作用的同时，也应意识到养老问题不能以单一的视角来看待、以简化的策略来解决，应将养老服务视为一种社会治理的手段和策略。

养老服务问题是一个涉及政府、市场、社会、家庭和个人等多方责任主体的系统工程，发展养老服务业，转变传统的、单一的养老服务模式，不能就养老服务讲养老服务，而要从社会治理共建、共治、共享高度来统筹协调推动，也就是老龄社会治理。老龄社会的独特表征以及其为经济、政治、文化领域带来的多重张力为中国老龄社会治理赋予了新的内涵，更对以“以人为本”为价值目标和核心原则的养老服务现代化提出新的治理要求、赋予新的历史使命。那么如何用社会治理思维来解决养老服务难题，中国特色社会主义现代化揭示其本质就是“由谁治理”以及“如何治理”的问题。首先，老龄社会治理的主体既要多元化，又要系统组合在一起。要在党的领导下，实现多个部门和领域的协作，既需要政府的覆盖和统筹，也需要企业、社会机构的配合和家庭、个人的参与。如政府在介入养老服务中，肩负着治理和管理的主要任务，需要制定相关的养老政策和法规，明确养老

服务的标准和质量要求，保障老年人的权益和福利。2023年，中共中央、国务院印发了《党和国家机构改革方案》，并发出通知：“将国家卫生健康委员会的组织拟订并协调落实应对人口老龄化政策措施、承担全国老龄工作委员会的具体工作等职责划入民政部。全国老龄工作委员会办公室改设在民政部，强化其综合协调、督促指导、组织推进老龄事业发展职责。”从这次机构改革方案的印发可以预见，未来我国将继续深耕从统筹协调角度推进老龄工作，发挥相关部门的职能优势，协同推进老龄工作体制的顶层设计与落地成效，以更好地发展养老事业和养老产业，推动实现全体老年人享有基本养老服务。

其次是综合治理，以一个关键词形容就是“融合”，即通过资源整合，构建“养老共同体”。在中国特色社会主义现代化的发展要求下，养老服务本质是对老年人全周期、全方位、全领域的生活与照护服务，要以社会治理共建共治共享的思路，倡导对养老各项服务进行整合协同，包括事业与产业、居家与社区机构、医疗与康复、智慧养老与传统服务、市场社会及物业家政等。不应是完全新建设施、重构系统，而是实现现有服务系统和服务资源适应老龄化社会的转型。最后，养老服务作为社会治理的形式之一，既要遵循制度先行，又要秉承上下互通。遵循制度先行要求在养老服务业发展过程中能够明确责任、权利以及利益的界限，使得目标结果可控、可持续和可预见，并促进治理流程规范化，推进基本服务均等化和提升特色服务效益，化解养老服务问题和矛盾。而上下互通是指，养老服务通过治理形式在纵向上的打通。现代社会公众作为充分具备自主性的治理主体，在治理组织

架构中不再只是末端角色。各级地方政府作为服务提供者，企业与社会组织作为服务生产者，应更多地注重用户体验和反馈，并将其作为评定治理能力的标准之一，强调自上而下与自下而上的互动与结合。

## 六、结语

人口结构失衡、老龄化和高龄化的态势，对现代化进程会产生一系列的深远影响。事物是普遍联系的，体现在养老服务业的发展中，即新趋势的形成与推动不能脱离中国式现代化的时代背景以及建设要求，需要将二者结合分析。同时，党的二十大报告提出：“实施积极应对人口老龄化国家战略，发展养老事业和养老产业，优化孤寡老人服务，推动实现全体老年人享有基本养老服务。”中国式现代化进程是养老服务业发展的战略机遇期，从积极应对人口老龄化角度培育养老服务新热点有助于进一步强化我国的社会保障建设、基层治理水平和全龄友好型社会建设。本文基于中国式现代化中共同富裕、养老服务业可持续、积极老龄观等一系列先进论述和理念，从产业发展、积极老龄观、健康老龄化、老年参与和社会治理等多个角度探讨了养老服务业的发展趋势，分析了养老服务的现状并提出稳步推进良好趋势可以采取的一系列改进措施。首先，养老服务业的重要窗口期得益于老年人群的需求升级，现行养老服务事业只能满足基础需求，尚处于力求推进“服务均等化”的进程中，与部分老年人多样化、个性化的实际需要存在背离，仍需从供给侧加强改革和创新。认识到养老服务不仅仅是一项事业，更是一个庞大的产业，需要得到全社会的关注和支持。而这些支持与关注应是积极的，而非消极负向的，因为实现

人口大国现代化的一个重要方面就是实现老龄观的积极化。老龄观不仅影响着老年人对待自己晚年生活的态度，也影响着社会对老年人的认知和待遇。树立积极老龄观，就是加强对老年人的关爱和尊重，让他们以正向、自信、乐观的态度面对晚年生活。同时，老年人追求主动健康亦至关重要。老年人幸福生活的一个重要指标就是健康。习近平总书记关于保障人民健康安全的系列重要论述启示当代养老健康保障服务不应仅仅是临时介入，而应该是全过程监测的健康维护，要通过提供教育培训、衰落期干预等方式提升老年人的健康素养，帮助他们保持健康的身体和积极的心态。在以上服务提供过程中，还应注意，为老年人提供便利功能与发挥老年人的作用要统筹并行。养老服务业的发展要鼓励更多的老年人参与到养老服务中，培养他们的互助精神，让他们提供老年智慧和经验，从而有价值感地度过晚年。最后，本文强调了养老服务现代化与现代化社会治理密不可分，要以社会治理的思维来看待未来养老服务，组织多元主体协作解决发展难题，在建立完善的综合养老治理体系、加强资源整合和协调的过程中，实现养老服务业的全面发展。从中国式现代化的时代背景和发展要求下看待养老服务业发展新趋势，就是要立足于社会整体发展规律，将现代化理念融入到行业发展的全过程，持续聚焦可行性较强的创新和改进。把养老理念从“照护”转变到“独立”“参与”“融入”上来，不仅要关注老年人，还要关注体制机制、经济产业、文化观念等方面的隐藏契机，把握实现养老服务现代化的核心力量，推动行业高质量可持续发展。

## 杨燕绥：银色经济下“保险-医养”理性消费模式与价值



杨燕绥：养老金融 50 人论坛核心成员、清华大学公共管理学院教授

银色经济随着互联网、人工智能和人口老龄化同时发展，由此形成健康投资增加、寿命延长和国民健康长寿的消费需求。国家和社会需要从需方看供方，根据银色经济的新常态，通过体制机制创新克服生产、分配、流通和消费中的约束条件，实现供需平衡、代际和谐与共同富裕。银发经济主要指受“63 婴儿潮”和“1 孩家庭政策”影响的养老服务体系建设问题。

---

本文系作者在宁波第一届四明保险论坛“寿险高质量发展下的‘保险+医养’实践方案论坛”上的主旨发言。

## 一、银色经济的新常态和新金融

### （一）银色经济的新常态

#### 1. 人均寿命与人工智能同期发展

人口老龄化不是社会老化，事实上是一种社会进步。虽然赡养比和养老金看似是个负担，但可以通过提高国民劳动生产率和构建更好的养老金体制机制去克服。20世纪70年代以来的大数据显示，随着人均GDP的增长，国民健康长寿的消费需求与日俱增，对健康投资越发重视，医疗卫生总支出持续增加、占GDP的比重从1970年的6%增加到2022年的15%，呈现出双驱动增长态势，其中健康管理和医疗科技增速最快。同时，我国人均拥有手机量、使用微信的客户量亦呈现大幅增长之势。总之，人均GDP、卫生总支出，人工智能与人口寿命呈正相关，这代表了未来的发展趋势。但是总和生育率呈现下降趋势，代表了未来发展的挑战，包括住房、教育和医疗。

#### 2. 从土地红利走向科技红利

圈地运动以来的土地红利时代结束了，由其带来的分配不公和环境污染将得到改善，取而代之的是投资健康和科技红利。以往依赖土地暴利的发展模式面临转型，城市居民住房要有合理的定价机制，不能再用城市居民居住的土地做金融工具，满足少数人的盈利愿望。房地产只能在一定范围内规范发展。互联网时代可以发展科技红利，实现共同富裕。中国需要补上农业科技和现代化发展这一课。

#### 3. 进入低收益时代

科技成本高、收益低，世界进入低收益时代，有些国家政府债券

已无收益。事物发展总是呈现此消彼长、螺旋上升的规律。我们需要考虑抑制投资低收益导致财富损益的替代方案，那就是投资健康，在讲投资收益的同时，要多讲个人 BMI 值与疾病风险大数据。

#### 4.家庭就业需求增长

在互联网、人工智能和人口老龄化时代，就业模式随之改变。在 20 世纪 70 年代以前的蒸汽机工业化时代，主要就业模式是与大企业签订合同工干一辈子。70 年代计算机、互联网平台起来了，各种各样的灵活就业和自雇人出现了，政府开始去规范这些灵活就业。如今，随着人口老龄化和高龄失能失智照护刚需的出现，人们希望家庭就业规范化，以满足居家养老和开发家庭照护病床的需求。各国 90% 以上的老年人都选择居家养老和家庭照护，这里有亲情原因，还有房租、地租和全职服务费的经济压力。这需要政府组织社会力量，构建整合式卫生医护体系，把慢性病管理和失能失智照护服务送进社区驿站（阿尔茨海默症患者特病需要）、送进家庭病床。继而政府开始规范家庭就业，包括家庭照护工作人员培训、资质管理、服务补偿、监督检查、家庭病床和病案管理，家庭病案管理要依赖人工智能，而不是增加管理人员。如今在先行进入高度人口老龄化的国家，做养老服务的人数已经占到劳动力市场 25%，且年均增长 2%。

### （二）“银色经济”的新战略

#### 1.培育两期人口红利

健康长寿时代应当拥有两期人口红利。劳动年龄人口通过努力学习、善于合作，获得机会和获取持续收入，创造劳动人口红利，以科

技推动经济发展。老龄人口应该拥有良好的资产结构，抗风险能力强，以消费拉动经济，创造老龄人口红利。

## 2. “银色经济”与新金融

将基金、证券、保险、银行、理财放进一个“计划”进行打理是金融营销和消费模式的进步，并非代表新金融。银色经济时代的新金融要嵌入投资健康，通过资源配置实现消费效用最大化。投资健康、资产配置、消费效用是关键词。因此，个人投资和资产管理要理性、有战略、提高精准度，实现风险最小化。总之，要以资源配置效用抑制低收益带来的财富损益。

## 二、保单-医养有约的理性消费

2012年4月，泰康人寿和泰康之家联合推出“幸福有约”营销计划，是国内率先将保险产品与养老社区相结合的综合养老计划，现在成为各家保险公司的营销之一。这种模式的核心价值是实现了经济学上的理性消费。

### 1. 理性消费的解读

理性消费是消费者在消费能力允许的范围内，按照追求效用最大化原则进行消费。例如，过去100元理财产品的单利收益是6%甚至更高，现在是3%，用103元去做一个物有所值的消费，可能比用106元去做一个低质量的消费效用更高。有些养老社区的居民代表在算一笔账。请住家保姆有人工成本，包括工资、吃饭、住房等；还有急救不及时、照护不专业等风险。比较养老社区的CCRC服务模式，根据老年人的需求备好各项服务，实现服务的可及性，这需要成本，但

使用方便，大大降低了老年生活风险。结论是“物有所值”，理性消费就这样开始了。

2021-2022年，清华大学银色经济与健康财富课题组联合大家保险进行社会调研发现，受访者购买商业保险年金消费需求变了，他们最关心的不是收益分红和领取方式，更加在乎的是年金保险带来的附加值，包括就医绿色通道、失能失智老年人的入户服务、体检管理（包括解读体检结果）。

## 2. 理性消费的预判

在经济学领域，是否存在理性消费是有争议的。信息不对称、消费者不理性等都是否定理性消费的理由。保险年金和养老社区有约即供需双方握手，是中国式创新。当消费者和生产者在想一回事，即出现理性消费，其经济学价值、消费市场价值，乃至政治学价值就显现了。

在实践中可以看到促进理性消费的两个一致性。一是做好养老社区成为保单购买者和保单生产者的一致愿望。保单消费者的偏好发生了如下变化，他们最关注的是哪家养老社区做的最好，保单附带的养老社区是否最优？以及优质养老社区的优先入住权（包括父母）、即时入住权等；其次才是理赔方式；最后是保险单收益率，所有保单收益率是一致的，几乎可以忽略不计。保单生产者也在进步，为实现保单附加值和拥有最忠实的客户，企业的文化和发展战略从医养结合、老年医学、金融服务、房地产适老化发展等多方面进行跨界融合发展，创造了消费者和生产者合作的理性消费模式。很多居民在泰康养老社

区 CCRC 服务和住家保姆之间进行比较之后,得出价有所值的结论,理性消费就这样在中国出现了,正在实现消费效用最大化,这是抑制低收益导致财富损益的必由之路。此外,从公司董事长到每个员工都在关心优质养老社区建设。曾有新员工和离职管理者自信满满的对我说:“我们养老社区的连续照护 CCRC 做得最好”。由此看到第二个一致性,即企业和职工价值取向的一致性。

### 3.实现理性消费的建议

理性消费是实现消费效用最大化,由此抑制低收益财富损益的必由之路。实现理性消费的几点建议如下:

一是从教育投资者到接受消费者教育。近几年清华大学与大家保险的养老需求调研发现,潜在的商业保险年金保单购买者的增值需求是“绿色就医通道、健康体检管理、失能失智入户服务”。金融企业打造符合满足消费者需求的产品,需要受投资者教育。在一个买方市场下,消费者的需求决定了市场的导向,决定了公司的战略,决定了定价机制。

二是按照新的生产工具、生产方式,改革生产关系和上层建筑,构建新金融。以养老金制度为例,今年 63 婴儿潮人口进入 60 岁年龄组,今年新增 800 万退休人员,养老保险和医疗保险面临可持续发展的挑战。我国社会保险制度需要引入“以柔克刚”策略做好存量改革,打通国企、民企、自雇人和灵活就业的制度壁垒,打通基本养老金、职业/企业养老金、个人养老金,乃至住房公积金的隔墙,一切从优化资源配置和消费效应最大化出发,作出最优选择。对于金融机构来

说，消费者需要“金融服务打包快递”，以消费者为中心的公司跨部门业务平台怎么整合，销售战略如何创新？在保险代理人有相当一批人走向理财师和工作室，他们为客户进行综合规划和提供“打包快递”服务。最后，金融监管机构如何持续支持创新和严格监管的关系，实现从注册制到审慎人管理，即宽进、严管，支持创新。

## 董登新：大力发展银发经济，扩大老年消费需求



董登新：养老金融 50 人论坛核心成员、武汉科技大学金融证券研究所教授

近日，国务院办公厅印发《关于发展银发经济增进老年人福祉的意见》，共计 4 大方面 26 项举措。这是我国首个以“银发经济”命名的政策文件，也是国办发 2024 年 1 号文件。这一文件的发布，标志着涉及面广、产业链长、业态多元、潜力巨大的“银发经济”将成为我们积极应对人口老龄化，培育经济发展新动能，提高人民生活品质的重要推手和抓手。

---

本文摘自《21 世纪经济报道》2024 年 1 月 19 日。

我国现代养老服务产业发展从“十二五”起步，“十三五”加速快跑，“十四五”步入高质量发展时期。在这一关键节点上，国务院发布首个“银发经济”的政策文件，并从产业布局的战略高度，提出了十分详尽的产业化政策要求，这是指导我国养老服务产业高质量发展的重要文件依据。

文件特别强调要尽力而为、量力而行，不能一哄而上、盲目跟风。同时强调要推动有效市场与有为政府更好结合，将市场决定与政府引导有机结合起来，促进事业与产业协同发展。在养老服务产业发展模式上，文件强调要加快银发经济规模化、标准化、集群化、品牌化发展，培育高精尖产品，高品质服务模式，让老年人共享发展成果，安享幸福晚年，不断实现人民对美好生活的向往。

近年来我曾有机会实地考察过我国中部地区和沿海发达省份的养老服务产业，其中，机构养老已成为我国养老服务产业发展的最前沿和主要载体，既有在全国形成品牌效应的个别高端养老院（床位相对较少），也有数量日益增长的中低端民办养老院，500张床位以上的称为大型养老院，500张床位以下的称为中小型养老院。总体而言，我国城镇大中型民办养老院入住率大约只有50%左右，床位月收费标准约在4000元—6000元左右。

考察发现问题主要有两个：一是养老院发展优先，而居家养老与社区养老发展相对滞后，机构养老与社区养老、居家养老无法资源共享、有效联动，更无法满足90%以上老年人居家养老的需求；二是养老院服务设施及服务标准参差不齐，服务质量缺乏统一评价与监管，

收费过高，入住率低，导致养老服务资源大量闲置浪费。

要从根源上解决上述问题，我建议须从以下三个方面着手，进行长远布局与安排：

第一，养老储蓄和长期护理保险是养老消费支付能力的最重要物质保障。没有支付能力的需求只是一种奢望或梦想，有效需求必须是建立在有足够支付能力基础之上的现实需求。养老储蓄覆盖了人的全生命周期，从制度安排和理财引导上，我们必须趁早打算、及时布局。养老储蓄主要来自两个方面：一是拥有政策激励机制的制度化养老金储备，在三支柱养老金体系中，第一支柱基本养老保险只能“保基本”；第二支柱雇主养老金是正规就业者的重要补充养老储备；第三支柱个人养老金则是中低收入者或灵活就业者自我补充养老储蓄的重要渠道。二是来自家庭养老目的的自我强制储蓄以及家庭财富的传承。此外，长期护理保险是失智失能老人最后的一道保护屏障或“保护伞”，也是非常重要的养老储备范畴。我们应该尽快结束长护险的试点，实现长护险的制度全覆盖。

第二，只有普惠和低成本的养老服务供给，才是有效供给。2011年我国民政部首次提出，建立以居家为基础、社区为依托、机构为支撑的养老服务体系。但在2017年民政部变换了新提法：建立以居家为基础，社区为依托，机构为补充，医养相结合的养老服务体系。从“三位一体”到“四位一体”的提法变化，再次强调了居家社区养老的基础地位和重要性，它占整个老年人群养老需求的市场份额高达95%以上，而机构养老需求占比不足5%。因此，养老服务供应商如

何更好地满足 95%以上老年人群的居家社区养老，才是真正的普惠、低成本，才是真正有效供给。只有有效供给才能创造有效需求。

第三，养老金融是推动养老服务产业转型升级、促进我国银发经济快速成长的“催化剂”。作为推进经济高质量发展的重要依托，金融对实体经济具有重要的引领和支撑作用，特别是对产业升级、经济转型、动能转换的意义重大。因此，养老金融必须跟进这一大环境，提供高质量的配套养老金融服务，加速我国养老消费转型升级，促进银发经济快速成长。

可以预见，银发经济将是继房地产和汽车产业之后，又一个产业关联度极高的产业集群，它将成为我国经济转型、产业升级，尤其是中国特色现代化建设的重要抓手，我们必须抓住这一重大历史机遇，大力发展银发经济，造福老年人。

## 朱铭来 等：瑞典长期护理保障制度发展状况及启示



朱铭来：养老金融 50 人论坛特邀成员、南开大学金融学院养老与健康保障研究所所长、教授

瑞典在 20 世纪 60 年代开始构建长期护理体系，到 70—80 年代发展了机构护理、居家护理和医疗护理等多样化的护理服务体系，目前瑞典为老年人和 65 岁以下残疾人提供的长期护理制度是一种普惠制度，只要老年人符合长期护理的条件，政府就有义务向所有有长期护理需求的老年人提供长期护理服务，其长期护理制度也被视为“福利式”模式，其资金主要来源于各级政府财政税收。

2011 年瑞典 65 岁及以上老年人口占总人口比例 19%，是当时世

---

本文摘自《中国医疗保险》2024 年第 3 期，作者为李新平、朱铭来、罗梓洛。李新平、罗梓洛单位系天津职业技术师范大学经济与管理学院。

界上老龄化水平最高的国家，经济合作与发展组织（Economic Cooperation and Development, OECD）预估 2050 年这一比例将达到 24%。随着瑞典人口老龄化，需要护理的老年人日益增加，护理服务费用不断上涨。为此，瑞典积极改革，将市场机制引入了长期护理体系，推动护理服务供给的市场化和私有化，在普惠制供给的同时，也鼓励个人购买商业护理保险作为补充。

### 1.瑞典长期护理保障制度的历史沿革

20 世纪 90 年代中期，瑞典遵循普惠性、公平性原则建立了为老年人和残疾人的生活需求提供服务的长期护理保障制度。经过数十年改革调整，目前已经发展成为覆盖全体公民，以收取“服务券”形式提供实物待遇，以各级政府财政出资为主、个人自付费为辅进行筹资，由中央政府制定政策、省级议会和市级政府为主要责任机构从上而下组织管理的社会保障制度，在防范瑞典社会失能风险方面发挥了不可替代的作用。

#### 1.1 初期阶段：建立并实施了救济和强制工伤保险制度

1875 年瑞典颁布了《公共健康法》，开始重视工人的健康状况。1884 年瑞典国会通过立法建立《社会保险法案》，将养老保险和工伤保险制度作为优先发展的制度，之后历经几十年发展和改革，到 1913 年通过了《全国养老金法案》，该法案主要是为老年人和丧失工作能力者提供养老保障，规定 18—66 岁的瑞典公民可以通过缴费参加养老金制度，政府可以根据收入调查结果无力缴费者提供免费救济。1912 年瑞典颁布了《劳工福利法》，规定企业必须为员工健

康和安全提供相应的保障设施和管理条例，必须为有害于健康的工作岗位员工提供定期医疗检查。1913 年瑞典议会颁布《国民普遍年金保险法》，该法针对失能老年人建立普遍老年津贴，居住在瑞典或工作一年以上的 65 周岁以上公民都有权利申请。1916 年瑞典开始实行强制性工伤事故保险制度。

### 1.2 发展阶段：逐步建立了基本覆盖全民的强制健康保险制度

1931 年瑞典政府发布健康保险制度，规定所有健康保险互助团体都必须接受国家资助，并允许 15—40 岁的瑞典公民选择。1946 年瑞典通过了新的《健康保险法》并于 1951 年正式生效实施，规定瑞典所有 16 岁以上的公民必须参加，开启了强制性健康保险制度的新阶段。1955 年将强制性工伤保险制度与该健康保险制度合并，扩大并提供健康保险津贴的种类和数额。1962 年瑞典颁布了《国民保险法》，将健康保险制度与各种其他社会保险制度合并，基本实现了全民覆盖，并实施强制性缴费方式，个人缴费、雇主缴费和国家财政补贴共同构成健康保险基金的资金来源，为参保人提供现金补贴、卫生服务补贴、住院治疗补贴等。

### 1.3 完善阶段：建立并逐步完善护理服务制度

除了健康保险制度之外，1982 年瑞典通过了《社会服务法案》（Social Services Act, 以下简称 SSA），代替了原有的《社会福利和社会救济法》，规定政府要为老年人提供居家养老服务、日托型养老服务、老人服务院服务和老年人日常服务等多种类型的公共服务。此外，该法案还规定地方政府有义务帮助残疾人与正常人一样生活，市

政府必须为残疾人提供专门的服务设施，且必须制定身体残疾和精神障碍人群的各类护理服务计划。SSA 方案规范了以家庭为基础的护理服务和包括养老院在内的机构护理，确保老年人和残疾人的需求得到保障，确保人们“如果不能以任何其他方式满足生活需求”，就有权申请获得支持，以保证每个人都能“有合理的生活水平”。SSA 法案没有明确界定“需求”，但如果个人对于某项决定不满意，有权向法院提起上诉。

1982 年，瑞典颁布《医疗卫生服务法案》，规定地方政府委员会要为康复患者、借助辅助器械的功能性残疾者提供基本的医疗服务和护理服务，为听力障碍者提供翻译服务等生活服务内容。1993 年，瑞典颁布《护理补贴法案》，规定功能性残疾人群且每周需要他人照顾基本起居时间超过 20 小时的残疾人可以申请获得护理补贴。1994 年颁布的《残疾人支持和服务法案》规定，地方政府必须给残疾人指定护理人员或给予资金支持，使其具有购买护理服务的能力。

1980 年底，瑞典批准了雇主联合会提议的“为有效降低社会保障支出，提高社保服务效率应适当引入竞争机制，鼓励老年护理机构实行商业化经营”的议案。到 1992 年，瑞典私营老年护理机构占比达到三分之一，为满足收入较高老年人的个性化服务需求、有效抑制公共老年护理服务机构费用发挥了积极作用。

## 2.瑞典长期护理资金的来源渠道

2017 年，瑞典 65 岁及以上的老年人接受长期护理服务的比例为 16.2%，略低于瑞士和以色列，在 OECD 国家中位居第三，高于 OECD

国家 10.8% 的平均水平。随着年龄增长，人们对长期护理服务的需求越来越，接受长期护理服务的比例也更高，长期护理服务使用者按年龄结构划分：80 岁及以上高龄老年人占比是 47%，65—79 岁老年人占比是 24%，0—64 岁的人群占比是 29%。2017 年，瑞典长期护理服务费用支出占 GDP 的比例为 3.2%，其中健康护理领域占比是 2.7%，社会护理领域占比 0.5%。目前瑞典长期护理资金主要由各级政府税收、省级政府及其所属企业和使用者适度缴费共同承担（见表 1）。瑞典中央政府通过财政补助方式对市级财政进行补贴，其补贴主要依据不同市政府人口数量、人口年龄结构、人口密度、气候等因素来调整它们之间的资源配置。

表1 瑞典长期护理资金来源

来源渠道	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
中央政府、市财政	91.20%	91.06%	90.99%	91.22%	91.65%	91.95%	92.13%	92.03%
省财政及其所属企业资金	3.09%	3.12%	3.17%	3.01%	2.83%	2.61%	2.51%	2.63%
个人自付	5.71%	5.82%	5.84%	5.77%	5.52%	5.44%	5.36%	5.34%

注：数据来源为瑞典统计局

## 2.1 中央和市政府财政资金

目前，瑞典中央政府和市级政府财政负担了 90% 以上的长期护理资金。1957 年实施的《社会福利和社会救助法》规定了地方政府应负责辖区内公民的居家护理和机构护理，废除了传统的《济贫法》关于家庭对成年成员的护理责任，该法案要求地方政府向有需要的家庭和个人提供救助，救助支出由中央政府承担，突出强调了国家对社会成员应承担的社会救助责任和义务。自此中央政府通过财政税收补助的形式给予长期护理服务资金支持，主要包括三部分：一是给予市政等地方政府普遍补助；二是给予护理使用者年龄补助；三是考虑各个

市级区域内的不利人口结构因素，实施更加具体的风险调整体系补助，按照不同市政区域内的人口年龄、气候天气、性别等因素通过风险调整体系补偿市政当局。市级政府负责公共预算中的医疗服务和社会服务责任，包括评估居家护理和机构护理的申请人的失能情况、老年人护理服务中家庭护理和机构护理之间的分配等具体工作，同时也负责分配针对不同社会群体的护理服务，例如老年人护理、幼儿照护和残疾人护理服务等。近年来，由于瑞典高龄老年人口比例较高，与此相关的护理需求获得了很多关注，瑞典长期护理制度保障的覆盖范围逐渐偏向失能程度更高的老年群体。目前瑞典老年人长期护理费用中85%和残疾人护理公共预算费用中70%来自市政府的财政税收资金。

## 2.2 省及其所属企业资金来源

瑞典行政区域被划分成290个市和21个省，它们之间没有行政隶属关系，都拥有各自的地方当局负责区域内的各项社会工作。21个省及其所属企业出资占长期护理资金的3%左右。

## 2.3 护理服务使用者个人自付费

1956年，瑞典废止了成年子女对父母的法定赡养义务，由此家庭无法律责任为其成年成员提供照顾以满足其护理需求。长期护理服务使用者需要自行承担5%左右的费用，具体缴费金额与其收入、使用的护理服务有关，此外政府对残疾等特殊群体实行费用减免政策。2010年，65岁以上老年人使用了机构护理服务和居家护理服务的比例分别是5%和11%，无论是居家护理还是机构护理，老年人都可以获得正式护理服务。

### 3.瑞典长期护理待遇给付和服务供给

在瑞典，无论公立机构、私营机构还是志愿者组织，只要符合条件都可以向符合资格条件的申请人提供护理服务并收取服务券（瑞典以“服务券”形式向长期护理服务使用者提供实物待遇）。

#### 3.1 待遇给付

瑞典护理服务使用者得到的实物待遇仅与其护理需求有关，与个人和家庭收入无关，无需进行家计调查。要获得护理待遇给付，需经过三个环节：首先提出申请，凡是瑞典的永久居民且认知失能、孤独症或类孤独症人员、由于外力或身体疾病导致成年人严重和永久性脑损伤的人员、永久性或认知损伤导致丧失日常生活能力需要外力支持的人员，都可以向市政等地方政府申请长期护理服务。其次是进行护理需求评估。这是由市政职员、雇佣的“护理管理人”和社会保险机构评估人员通过开放式访谈、参考申请者提交的资料，如个人清洁卫生、吃饭、穿脱衣物、与人交流沟通、其他帮助（帮助内容需要根据个人失能/损伤的具体情况而定）等五个方面综合评估申请者的护理需求，决定其受益资格及其可享受的长期护理服务类型和服务数量。最后是获得护理服务。通过评估后，长期护理服务使用者可以根据瑞典个人服务预算（**Personal Assistance Budget, PAB**）分配发放和支付的服务时长获得每月护理服务小时数。其中，每周小于 20 小时的使用者在市政部门注册登记，其费用开销由市政府及个人自付承担；每周大于 20 小时的使用者在社会保险机构登记注册，超过 20 小时的部分由社会保险来承担费用。瑞典中央政府对不同收入状况的护理服务

使用者制定付费上限，以保障每一个有需求的老年人都可以获得所需的护理服务。对于永久性入住机构的人，瑞典中央政府根据其收入情况确定每月需支付老年长期护理服务的最高费用，以保证不同收入水平的人都能住得起专业护理机构。

### 3.2 护理服务内容

目前瑞典的长期护理服务形式主要包括三种：第一种是居家护理服务，由专业护理人员上门提供理发、清洁、做饭等服务内容；第二种是日托型护理服务，主要是为患有身体或精神残疾、痴呆症的老年人提供日间专业治疗和看护服务；第三种是机构护理服务，包括公共福利机构、公共护理机构、私营机构等多种类型，主要提供入住式日常生活护理、照料和医疗护理服务等，瑞典要求根据老年人特殊需要兴建养老机构，强调“尽可能让老年人独立生活在自己的寓所”的原则，竭力做到使在机构中的老年人像生活在自己的家里一样。在服务内容方面，还包括个人安全报警、宜居住房改造等设施服务。

### 3.3 瑞典老年人接受护理服务现状

目前瑞典约 12% 的 65 岁及以上老年人可以获得居家护理服务，约 5% 可以获得专业机构护理服务（不包括医院的医疗护理服务）（见表 2）。瑞典近年来鼓励失能老年人就地养老，压缩机构护理以节省公共财政支出。为了鼓励失能人员家庭成员提供基本生活照料项目，1989 年专门颁布了《服务休假法案》，为家庭非正式护理者提供保留工资和照护休假时间、喘息服务等政策，并且 SSA 法案规定，市级地方政府有责任为护理慢性病或失能人员的亲属等提供休假、喘息

服务等支持。2008年，瑞典成立了“支持非正式护理者国家中心”，为家庭非正式护理者提供各种支持。

表2 瑞典65岁及以上老年人接受居家护理和机构护理服务的人数

服务类型	人数及占比	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年
居家护理	服务接受者数量(万人)	20.78	20.79	20.75	22.13	23.83	21.14	23.57
	占65岁及以上人口比例(%)	12	11.7	11.4	11.8	12.5	10.9	11.9
机构护理	服务接受者数量(万人)	8.98	8.68	8.90	8.51	8.57	8.70	8.57
	占65岁及以上人口比例(%)	5.2	4.9	4.9	4.5	4.5	4.5	4.3

注:数据来源为OECD数据统计局

#### 4.长期护理经办机构

在长期护理保障体系中，瑞典中央政府负责制定卫生和医疗保健的法律、政策，或与瑞典地方当局和地区协会（Swedish Association of Local Authorities and Regions, SALAR）订立协议来发挥职能。21个省级议会负责协调地方级自治市无法处理、需在更大区域间协调解决的卫生和医疗保健任务。290个市级政府承担所属区域内的居家和特殊护理机构老人的护理责任。

目前瑞典长期护理体系是以省级委员会和市级政府为主要责任机构，尤其是市级地方政府承担了长期护理服务需求调查、护理费用补贴给付、享受待遇资格标准和水平、服务组合等责任。另外，还有健康和社会事务部、健康和社会护理调查处、健康护理技术评估委员会等专门的机构参与长期护理保障制度的经办管理（见图1）。这些机构分别承担了护理服务申请人资质、长期护理服务项目使用及满意度、长期护理服务水平和技术情况评估及纠纷解决等具体工作。

#### 5.瑞典长期护理保障制度的特色

瑞典作为北欧福利国家的典型代表，采用一系列社会服务计划来满足失能老年人的长期护理需求，由省级和市级地方政府负责，建立

了全民覆盖的长期护理保障体系，通过社会保险机构和市政地方机构实施经办管理，为符合条件的老年人提供长期护理服务，其制度的特色表现在三方面。

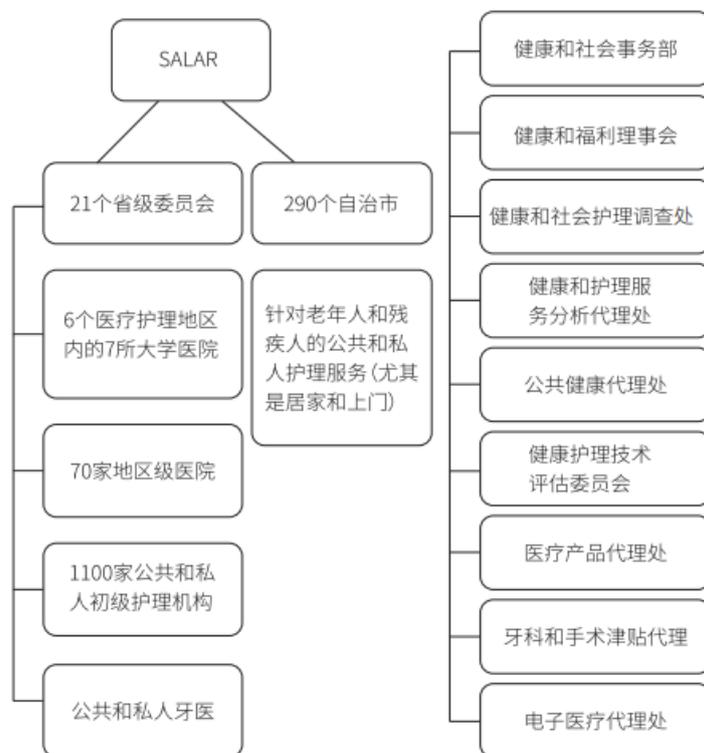


图1 瑞典长期护理体系的经办管理机制<sup>[7]</sup>

## 5.1 公平性和福利性

只要是瑞典永久性公民都有权利享受长期护理服务。经过护理需求评估后都能够自主选择长期护理服务，一旦对护理服务不满可以向法院提请诉讼，其护理需求能够得到比较充分的满足。瑞典各级政府通过税收来筹措长期护理费用，长期护理服务的分配基于需求按照平等原则配置，而不是收入、职业、地位等因素，个人累进税制使得财富从富人转向穷人，从而达到社会公平的目标。

## 5.2 强调政府主体责任

瑞典长期护理体系从上到下都有中央政府、市政府和省议会按照

法律各司其职，政府承担了制度构建、管理、经办、供给服务、绝大部分费用支出等重要责任。

### 5.3 具有较高保障水平

瑞典长期护理保障制度不但实现了全民覆盖，而且服务内容覆盖全面，从居家环境、护理辅助设施、社区服务中心、交通服务、家庭非正式服务提供者、机构护理等方面都提供了良好的资金支持和政策依据，为制度的稳定、持续实施提供了基础。瑞典 65—74 岁老年人的失能率是 20.6%，75 岁及以上老年人的失能率是 32.6%，是欧盟国家中 65 岁及以上老年人失能率最低的国家，这在一定程度上得益于该国较高的长期护理服务保障水平。

## 6. 启示

与瑞典长期护理保障制度相比，我国人口基数庞大，相应地失能人员数量庞大，长期护理服务需求也更大。目前我国仍处在长期护理保险制度探索时期，全国 49 个试点城市先后出台了本地化的长期护理保险制度政策，但是由于各试点城市人口基数、财政收支、覆盖人群、保障内容等差异较大，现有试点城市之间、试点城市与非试点城市之间、试点城市内城镇职工与城乡居民参保人之间，在参保覆盖、缴费补贴、待遇给付内容、长期护理服务可及性等方面差异较大。长期护理保障在我国不同区域之间、城乡之间发展不平衡问题较为突出，叠加传统家庭护理养老功能弱化、护理人才缺口较大等原因，导致护理服务供给难以满足需求，未来或可以从以下五个方面强化和完善。

### 6.1 适时建立独立的、惠及全民的长期护理保障制度

失能人员的长期护理保障是我国多层次社会保障制度的一部分，截至 2019 年底，我国失能人员超过 4000 万，失能人员护理保障不足成为亟待解决的社会性问题。首先，要尽快建立独立性的长期护理保险制度。长期护理保险制度的功能是应对由于机体老化、意外伤残或疾病造成的失能风险，为失能失智人员的日常生活照料和与之密切相关的医疗护理提供服务或资金保障，这一功能难以通过拓展现有社会保险制度实现。要在总结现有试点城市和地区长期护理保险制度运行经验的基础上，将长期护理保险建立成为我国社会保障制度中的一个独立险种，将其纳入《中华人民共和国社会保险法》，确立长期护理保险制度的法治性和独立性。而且，党的二十大报告也明确提出建立长期护理保险制度。其次，出台基础护理服务保障清单，建立普惠式长期护理服务保障制度。根据“尽力而为，量力而行”的工作原则，综合考虑经济发展水平、资金筹集能力和保障需要等因素，在现阶段重点解决好重度失能老人的长期护理服务需求问题的同时，要持续跟进评估《长期护理失能等级评估标准（试行）》（医保办发〔2021〕37 号）和《长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）》（医保发〔2023〕29 号）这两项近期政策的实施效果。通过推动评估管理工作全国统一，实现给付待遇的全国统一，即不论地域、身份、收入等因素，同等失能等级实行统一支付标准，实现基本护理服务的全民可及性和普惠性。特别是医疗护理资源不足的地区要依托和整合乡镇、社区、居家护理资源，增加社会整体的护理服务供给能力，充分满足中度和轻度失能人员的长期护理服务需求。最后，进一步鼓励商业护

理保险等多层次护理保障体系的发展和完善。人民群众的需要呈现多样化、多层次、多方面的特点，要在社会性长期护理保险制度和普惠式长期护理服务保障制度构建的同时，引导和鼓励保险公司开发针对不同人群的商业护理保险产品，为失能失智人员提供补充性长期护理保障。

## 6.2 明晰个人及家庭主体责任

作为世界上典型的实施高福利模式的国家，瑞典长期护理保障制度历经多次改革和调整，目前长期护理服务使用者仍需自付约 5% 的护理费用。这表明无论采取何种制度模式，个人始终都是防范规避失能风险的主要责任主体之一。尽管我国尚未在全国范围内建立长期护理保障制度，但《老年人权益法》规定，赡养老人是子女的法定义务，因此个人及其家庭成员是承担老年护理的家庭照料责任主体，如果无法亲自提供家庭护理服务，那么可以采用付费购买服务的替代形式。

在强调个人及家庭成员护理责任的同时，也要充分考虑子女等家庭护理者的工作生活实际状况，为他们提供喘息服务或合理提升家庭护理者的福利待遇，例如通过为其发放护理津贴、税收减免、心理支持等作为他们为居家老年人进行照料护理而无法正常工作的弥补，尤其是在我国目前护理员缺口较大、有效护理服务不足的情况下，通过家庭内部成员提供照料护理应对失能风险，鼓励和引导这种传统家庭养老护理功能的回归不失为应对失能风险的有效措施之一。

## 6.3 尽快开展长期照护师培训培养，增加护理服务供给能力

目前我国护理员缺口达到近 170 万名，为了满足失能失智人员对

长期护理服务的需求，避免“有保障、无服务”的尴尬境地，应尽快开展长期照护师培训培养，提升护理服务供给能力。首先，建议根据GZB《国家职业标准健康照护师（长期照护师）》（2024年版），对现有家政服务、护理、老年服务与管理、健康服务与管理、康复保健、健康与社会照护等规定的相关职业人员开展职业道德、照护伦理、照护安全、长期护理保险等基础知识和操作技能培训，完成长期照护师职业认定，使其实现持证上岗，增加其职业归属感和社会认同感，减少已有护理人才的流失。同时，吸收城镇化就业人员和产业结构调整中再就业人员，经过培训考核成为长期照护师，扩充护理服务人才队伍。其次，建议新增“长期照护”专业和招生人才计划，建立专门的长期护理从业人员队伍培养机制。以2024年发布的长期照护师国家职业标准为契机，鼓励中高等职业学校、高等院校、电大等专业教育机构以市场人才需求为导向，修订调整专业设置和人才培养方案，尽快新增“长期照护”或“健康照护”类专业和人才招生计划，积极进行长期照护师职业内容、职业价值及未来前景的招生宣传工作，从源头吸引、培养人才，持续增加护理服务供给能力。

#### **6.4 强化服务机构管理，提升护理服务质量**

服务机构为失能失智人员提供护理服务的同时，也担负着服务安全、资金合理使用、消防安全、应急管理等相关责任。由于服务对象的身体或心智功能存在一定程度的丧失，护理服务不仅需要专业的护理技能，更是一个“良心活儿”。为此，要针对涉及“虐待、欺负、伤害”的服务机构及其从业人员加大法律惩处力度，坚持“零容忍”

原则，实施一经发现即将其淘汰出这一行业的严监管制度，让失能失智人员“住得放心，住得安心”。同时，还要建立服务纠纷解决机制，强化服务协议的管理，特别是针对居家上门服务真实性存疑和难以量化等痛点和难点问题，可引入人脸识别、实时记录等智能终端技术手段进行全过程监控，确保被护理对象获得满意服务。

### 6.5 建立自上而下的经办管理机制

任何国家社会保障制度的正常运行离不开良好的经办管理机制。瑞典从上而下的经办管理机制包括省级议会和市级政府机构，还包括电子医疗代理处、健康和社会事务部等具体工作部门，并明确规定了各个部门的具体工作职责，这些部门历经数十年的运行形成了全国性的经办管理协调工作机制。

我国要建立长期护理保险制度，肯定会对经办管理作出科学设计。因为长期护理保障制度的落地实施运行需要全国自上而下的经办管理机制来承担诸如参保资格审核、失能评估、护理服务给付、费用支付、纠纷管理、服务监测、资金监管、护理资质等具体工作职责。因此，客观上需要从长期护理保障制度的经办管理环境、经办管理主体、经办管理监督三方面建立全国自上而下的经办管理机制。一是经办管理环境方面，要将长期护理保障与养老保障、医疗保障制度有效衔接，明确三者之间的边界，避免三者之间职责功能重叠而浪费资源。二是经办管理主体方面，要自上而下确立主体及其权责，同时避免主体过多产生的多头管理及职责划分不清造成无主体管理两大问题。三是经办管理监督方面，长期护理保障制度将作为一项重要的民生政策，其

经办服务效率、满意度、资金管理、主体履责情况直接关系到人民群众的健康生活质量和水平，因此整个经办管理机制运行过程都应该置于监管之下，以监管促进护理服务质量和 service 水平的提升，不断增强全民的健康获得感和生活幸福感。

## 胡宏伟 等：德国护理保障制度体系：嬗变、调适、评价与启示——基于制度关系的视角



胡宏伟：养老金融 50 人论坛特邀研究员、中国人民大学公共管理学院教授

### 一、引言：制度关系与我国护理保障制度体系的紧迫议题

我国面临人口老龄化程度加剧且失能人口逐步攀升的现实挑战，亟待建立健全具有科学性、合理性及稳定性的护理保障制度体系。建立健全以兜底保障和改善民生为目标、满足群众多元需求的多层次护理保障制度，是社会保障体系应对人口老龄化国家战略的核心制度安

---

本文摘自《经济社会体制比较》2023 年第 5 期，作者为胡宏伟、龚曦。龚曦系中国人民大学公共管理学院博士研究生。

排，也有助于保障我国城乡各类群体的福祉，特别是有助于保障残疾人、失能老年人等脆弱人群的福祉。在社会保障制度体系路径选择方面，我国选择了类似于德国的社会保险模式，这也影响了我国护理保障制度模式的选择。目前，我国初步形成了护理救助（福利服务）、护理保险两项制度并行的格局，以护理保险为制度主体。

从护理救助（福利服务）方面看，我国已落实并进一步完善的相关护理救助制度主要包括特困供养人员的基本生活补助和照料护理补贴、困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴、经济困难老年人护理服务补贴等碎片化制度安排。整体而言，现行护理救助制度的护理对象范围较狭窄、待遇水平较低、制度效能不足。

从社会保险层面看，长期护理保险作为护理保障制度体系的核心制度，自2016年至2022年已在全国展开两个批次多个试点，但制度安排也面临了实际覆盖范围、筹资可持续性、地域公平性、保障效果四个方面的挑战。第一，护理保险遭遇实际覆盖范围的挑战。由于我国城乡居民医保基金穿底风险相对更高，绝大部分试点的制度主要覆盖了城镇职工群体，仅有少数试点将城乡居民群体纳入长期护理保险覆盖范围，或虽然在理论上制度可以覆盖，但现实中几乎无法实际覆盖城乡居民群体。第二，护理保险遭遇筹资可持续性的挑战。绝大部分护理保险试点的筹资主要来源于医保基金，但我国医保基金自身存在收不抵支的可持续性风险，这必然会影响护理保险基金的稳定性和可持续性。第三，护理保险遭遇地域公平性的挑战。一方面，制度建设优先覆盖城镇职工群体，护理保险制度的建立可能会进一步加剧不

同人群的不公平，城乡居民群体可能成为制度不公平的“受损者”。另一方面，护理保险制度还可能拉大地区差异，以第一批试点城市为例，上海地区的筹资标准是长春地区筹资标准的50倍，护理待遇差别显著。第四，护理保险保障效果遭遇挑战。总体上，绝大部分试点采取定额或比例的综合补偿方式，保障水平总体偏低，对长期护理需求和实际费用的回应不足具有普遍性，并不能有效满足失能护理的实际需要，在人口老化严重的地区，护理保险保障能力不足的问题更为突出。上述四个方面的困境约束了护理保险制度对我国日益严峻的社会性失能风险的回应能力，甚至一定程度限制了护理保险制度的扩散、铺开。在上述背景下，急需重视护理救助的关键作用，在短期内通过加强、完善救助制度体系，形成“护理救助+护理保险”的双重制度格局，短期依靠护理救助选择性回应刚需，中长期则形成护理保险为主、护理救助为辅的综合制度格局，充分回应社会性失能风险与照护需求。要构建这一综合性制度格局，就要以治理体系中的制度间关系为视角，对护理救助和护理保险的制度关系展开深入研究。

治理体系和治理能力建设是国家治理水平的核心内容，如何建立科学、适宜、有效的护理保障制度体系，如何处理好护理救助与护理保险制度间的关系，不仅是回应我国日益严峻的社会性失能风险的关键举措，也是国家治理的关键内容，关系国家治理体系、治理能力现代化建设的全局。国家治理体系，由结构和关系两个维度组成，结构侧重关注各个制度塑造出的国家治理结构，关系则侧重制度之间的内部秩序。前者被学界广为重视，后者作为治理体系的重要维度，体现

制度体系的整体性及各个制度的制度优势，暗含了政府的行为逻辑。因此，理顺制度间关系被视为同机构改革、转变职能同等重要的政府核心工作，有利于理解和分析改革进程中的困境。同理，如何处理护理救助和护理保险的制度关系，建立何种格局的制度体系，是当前中国长期护理保障制度体系的紧迫议题。既有文献在阐述不同制度间的制度定位、设计和管理时，涉及理顺制度关系的四种逻辑。第一，理顺制度间关系须考虑城乡融合、保障城乡居民共享发展成果的权利；第二，不同制度既要满足广大群众的普遍利益，也要回应特定人群的特殊利益；第三，注重不同制度间功能耦合，紧密制度间功能衔接，形成制度合力、发挥整体效应；第四，跨部门协调不同体系的制度安排，形成常态化管理机制。但是，上述基于文献归纳的四种逻辑仍存在缺漏，既有文献对制度组合在历史演进中的动态逻辑关注不足，导致了认知与评价上的局限性，因此，制度组合在历史变迁中的动态结构调适逻辑应当得到高度关注。本研究切中历史变迁中的动态结构调适逻辑，以德国护理保障制度体系为研究对象，以国家治理框架中的制度关系为视角，探究不同制度间的功能耦合，深入挖掘德国护理保障制度体系中两个制度在历史进程中如何动态调整、形成合力，进而发挥失能照护的整体效应。

既有研究对德国长期护理保险制度的关注较充分，也有少数研究关注了德国护理救助制度，但这些研究大多关注单一制度的要素、设计、成效等内容，或通过描述、对比等视角提出借鉴启示。整体而言，学术界对于德国护理保障制度体系中护理救助、护理保险的制度关系

关注不足，既有研究未能对这一问题进行充分讨论。因此，当前迫切需要围绕两项制度的关系开展深入分析，进而为护理保障制度体系建设的仿效型国家提供经验借鉴。基于上述背景，本文从国家治理框架中的制度关系出发，回顾、分析德国护理救助、护理保险制度在各个阶段的动态关系调整过程，并在总体评价基础上，提出中国护理保障制度体系健全、发展的启示和思考。

## 二、制度孵化：护理救助制度的萌芽与驱动因素

### （一）孕育过程：德国护理救助传统与前期制度铺陈

德国护理救助传统和制度探索可以追溯到俾斯麦时期。历史上，各类制度探索与德国传统文化交织互融、共同蓄力，推进了德国护理救助制度的孕育和演化，为制度正式建立提供了厚沃的土壤。

1884年，俾斯麦政府通过制定《普鲁士公共老年人赡养计划》，首次提出向老年人提供护理帮助。1899年颁布的《劳动者伤残和养老保险》扩大了护理对象范围，从劳动者中的老年人扩大到劳动者中的伤残人员。1924年，德意志帝国推行的《关于公共福利的要求、类型和措施的帝国原则》和《福利义务条例》，强调了享受社会福利是每个德国公民的基本福利，其中已包括部分护理帮助性质的福利。20世纪30年代至70年代，由于自由市场改革受挫，以凯恩斯主义为代表的国家主义成为国家治理的主流模式，一定程度上推动了相关护理福利服务的探索。

客观而言，在1962年《社会救助法案》正式出台前，德国已通过一系列养老和福利等正式制度“间接”满足公民的失能照护需求，

但由于缺乏专门性制度,各项制度存在各种局限,护理救助水平较低,所发挥的实际效能有限。

## （二）驱动因素：德国护理救助制度建立的动因

德国作为世界范围内最早建立护理保障制度体系的国家之一,其护理救助制度的孕育和孵化因素,对后发国家在制度建设中模仿、超越有重要的参考价值,下文将进一步通过分析德国护理救助制度的孵化因素,解构说明护理保障制度体系建立的经济社会驱动因素,为制度关系的讨论做好铺垫。

历史唯物主义观点鲜明地阐释了经济基础与上层建筑的关系,认为社会制度产生的根源在于经济基础、生产方式、交往活动和社会关系的相互作用,其根本目的是保障社会稳定、民众安定、文明进步。实际上,德国护理救助制度的正式建立经历了较长的准备时期,是一系列因素综合推进的结果,体现了国家和社会发展到一定阶段的制度选择,即在老龄化和失能风险成为社会普遍风险之后,人类社会制度选择的普遍规律性,同时,也与德国自身的历史传统、政治环境密切相关。

第一,社会保障制度的探索基础。普法战争后,德国完成了自上而下的统一,1871年德意志帝国成立,社会民主主义的影响力逐年增长,在奥托·冯·俾斯麦的建议下,威廉皇帝一世宣布为德国工人引入社会保险,并于1883年正式颁布了世界上第一个社会保险制度《疾病社会保险法》。德国在社会保障制度的建立历程中,具有探索性、预见性和前瞻性,陆续推动了其他社会保险制度建设。德国社会

保障制度体系的探索积累了较为丰富的社会保障制度建设经验，这些制度和相应的治理经验，为孕育护理救助制度奠定了基础。

第二，经济发展形成的物质基础。第二次世界大战后，联邦德国实施非军事化，并集中精力推进经济建设，实现了经济快速“起飞”，联邦德国成为世界经济规模第二大国。伴随工业化和城市化进程，家庭关系等传统社会角色出现了功能性衰退，导致家庭照料和代际照护成为服务真空。这一时期，德国采用凯恩斯主义的经济主张，力图通过实施社会福利政策建立福利国家。此后，正式制度安排的国家福利逐步取代传统社会的福利供给，满足福利产品的供给。在德国经济社会快速发展的历史时期，护理救助制度的孕育和建立便成为福利制度扩张中的一种创制选择。

第三，传统治理文化的传承性。德国文化传统中有显著的“政府情结”，在当时的德国社会各界中具有普遍共识，德国政府将其社会角色定位为“公民父母”，将公民视为自己的子女。在社会保障领域，政府极其重视公民基本福利的发放和基本权利的保障，承担向公民提供基本性护理服务保障的主要责任。由于救助制度从根本上区别于保险制度，不强调权利和义务的对等，体现了强有力的政府保障支持，护理救助制度的孕育和建立一定程度上迎合了德国政府的“父爱情结”。

第四，日益严峻的社会性失能风险。20 世纪初德国出现老龄化趋势，在 20 世纪中叶后老龄化和失能风险开始加剧，失能风险逐步发展成为重要的社会性风险。同时，由于贫困、脆弱家庭在对抗家人

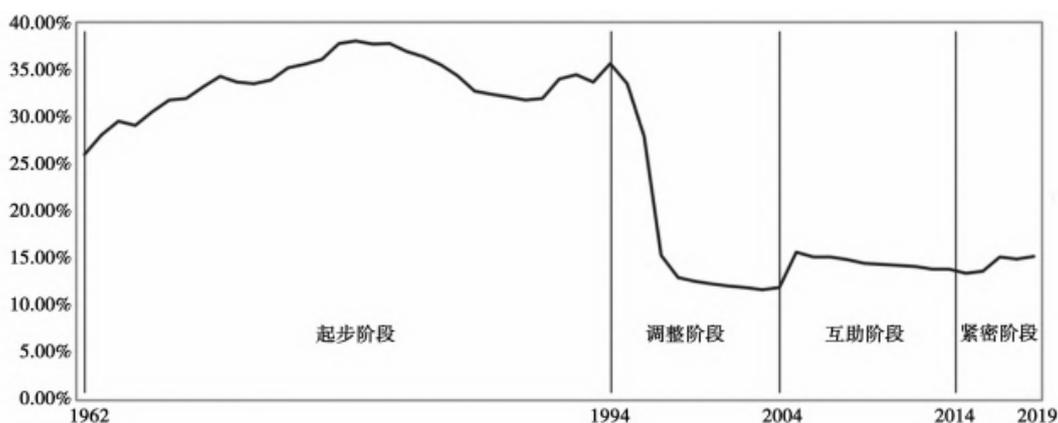
失能风险方面力量不足，极易陷入经济贫困或服务缺失的困境，急需国家建立具有选择性和保护性的救助制度安排，作为护理保障制度体系建设的优先选择，政府有必要在短期内建立兼具失能照护和反贫困性质的护理救助制度，优先化解部分脆弱人群风险，这是护理救助制度建立的直接推动因素。

第五，专业化服务发展奠定了支撑。从非正式护理服务制度转变为正式护理保障制度，往往需要大规模、专业化的服务力量作为支撑条件，为政府主导、社会层面建立的正式护理保障制度提供稳健运行的现实基础。19世纪至20世纪，德国护理服务从“非职业化护理”逐渐演变为“职业化护理”，逐步完成了服务专业化的转变过程。19世纪前，德国社会的护理服务属于典型的“非职业护理”，最初定义为家庭、社区或部分慈善机构为生病和身体虚弱的成员提供服务。随着医学进步和社会服务分工发展，一方面，众多医疗服务机构需要受过系统训练的人员辅助医生完成医治过程；另一方面，社会分工的发展也推动了专业化（非医疗）照护服务的发展，两个方面共同推进，逐步促进了护理服务的“职业化”进程。进入20世纪，多样化的护理方式和护理理论不断深化发展，为社会层面建立正式的护理救助制度奠定了组织基础和专业基础。

### 三、制度关系：两项制度关系调整的历史阶段分析

德国是世界上最早建立护理救助制度的国家之一，其护理保障制度体系较为典范。1962年颁布的第一个社会救助法律《社会救助法案》中涵盖明确的护理津贴内容，标志着德国正式的护理救助制度和

护理保障体系的建立。德国护理救助制度依靠财政投入，优先为社会救助对象中的失能者提供一定数额的津贴，通过资金支持获得必要的照护服务。护理救助制度在缓解特定家庭护理负担的同时，也增大了财政的支出负担，迫使德国开始寻求通过护理保险制度安排以缓解财政压力，至此，德国进入了护理救助和护理保险并行的护理保障制度格局阶段。由于关键法案的出台往往会对制度产生重大影响，本文基于关键法案的出台时间将德国护理保险制度和护理救助制度的制度间关系划分为四个阶段，分别是起步阶段（1962~1993年）、调整阶段（1994~2004年）、互补阶段（2005~2014年）和紧密阶段（2015年至今）。总体上，德国护理保障制度体系内护理救助、护理保险的关系调整大体经历了四个阶段和三次关系调整（见图1）。总体来说，两个制度分别发挥了优异的制度效能，并在制度功能上动态调整、形成合力，发挥了失能照护的整体效应，较好地应对了德国社会性的失能照护挑战。



数据来源：作者自制。

图1：各个阶段内德国护理救助支出占社会救助总支出比例

### （一）起步阶段（1962~1993年）

1962年《社会救助法案》出台，标志着德国护理救助正式制度自此确立，护理救助制度成为德国护理保障制度体系的首个正式制度安排，是德国护理保障制度体系发展的肇始，也为后期的护理保险制度奠定了制度基础。根据制度规定，政府在社会救助制度框架下向救助对象提供一定额度的救助津贴，在护理对象接受三年持续护理后，德国政府会向其提供每月100马克的护理津贴，以资金形式给予个人、家庭。

原本德国社会救助制度包含“生计救助”和“特殊情况救助”两种救助类别，“护理救助”（Hilfe Zur Pflege）被归属于“特殊情况救助”，后期，考虑此项内容的特殊性和重要性，该项救助支出又被单列强调。由德国联邦统计局对德国社会救助的支出统计类别可见，社会救助分类具体拓展为四种项目，包括“生计救助”“特殊生活环境下的救助”“残疾人群体的集体救助”和“护理救助”，“护理救助”作为单独类别进行统计。

这一时期的护理救助支出总额持续攀升。1963年，德国社会救助总支出为95108.1万欧元，护理救助支出为24740.5万欧元，占比为26%；1963年至1979年，社会救助实际总支出不断增长，护理救助实际支出的增速更快，导致护理救助占社会救助比例连年攀升，直到1979年，护理救助占社会救助的比例达到峰值38.04%，随后稳定在33%左右。总体上，此阶段内护理救助的支出占社会救助总支出约三分之一。

这一阶段，德国将护理救助制度定位为“主要向社会中的护理对

象提供必要性经济支持的基本制度和方针”，并通过护理救助制度承担了向公民提供护理需求的主要责任，彰显了国家责任。但不可否认的是，该制度也对当时的德国政府造成了巨大的财政负担，面对日益高企的护理救助支出，德国开始重视公共财政压力问题，开始寻求降低护理救助支出的路径，这便是组织决策中以问题为导向的“救火式决策”。鉴于护理保险制度的“社会性”和“风险分散”特征，其保障了护理保险参与权的公平性，强调了社会成员间的共济，因此，德国政府创建护理保险制度作为解决护理救助制度带来公共财政压力的政策选择，这是护理保险制度的萌芽和主要驱动因素。

## （二）调整阶段（1994~2004年）

1994年德国正式颁布《社会护理保险》（*die soziale Pflegeversicherung*），保留护理救助制度并调整其定位作为护理保险制度的补充性制度，初次理顺制度间关系，开启了德国护理保障制度体系全面发展的崭新阶段。调整期内，两种护理制度双管齐下、逐步调整，不仅有力缓解了起步阶段的政府财政压力，也发挥了护理救助制度在护理保险制度筹资端与待遇端的“兜底保障”作用。

在这一轮关系调整中，护理保险制度逐步“接棒”护理救助制度，成为护理保障体系的核心制度安排并发挥了护理保险的制度优势，特别是在扩展保障范围、提高保障水平、削减财政负担等方面发挥了积极作用。第一，扩大了覆盖范围。通过确定护理保险制度与医疗保险制度的“跟随”关系，利用医疗保险制度参保制度的强制性，将凡参加法定医疗保险的对象及家庭成员自动纳入社会护理保险的保障，

较短时间内实现了护理保险全民覆盖。第二，设置需求等级、提高保障水平。基于不同护理对象的性别差异、需求差异及文化差异，设置以“护理需求层次”（Stufen der Pflegebedürftigkeit）为导向的“护理等级”（Pflegegrad），提供了个性化、针对化的护理服务，护理服务质量逐步提升。第三，实现财政控费。护理保险制度规定雇员、雇主共同按照等额缴费率缴费，建立强有力的护理保险基金，有效分散护理的社会化风险。根据德国联邦统计局“1994年至2004年德国护理救助的支出数据”显示，自护理保险制度建立后，护理救助支出出现断崖式下跌，护理救助总支出占社会救助总支出比例从20世纪末的35%下降至21世纪初的12%左右，占比大幅度降低了约23个百分点，并在本阶段后期稳定在12%左右。可见，护理保险制度的建立和全面铺开，有效降低了护理救助制度的财政压力。

从理顺关系的逻辑来看，德国适时建立了护理保险制度，其护理保障制度体系从护理救助单一制度安排转向了救助、保险两项制度并行的格局，护理救助制度逐步退变为护理保险制度的“补充性角色”，发挥了筹资端和待遇端的补充性功能。在筹资端，政府拨付护理救助资金，实现对贫困人群护理保险筹资的补助或减免，有效将贫困护理对象纳入护理保险的保障范围内，使其享有护理救助制度与护理保险制度的双重保障。在待遇端，政府拨付护理救助资金，为贫困人群的护理费用支付实现补缺，在贫困失能人群面临护理保险支付不充分的现实情况时，支持贫困护理对象通过申请护理救助获取救助性的护理资金，减轻自付压力。此外，德国增强制度间的适配度，通过丰富救

助形式、细化护理救助方式，对标护理保险方式，促进制度间有效衔接。护理救助方式逐渐对标护理保险方式进行细化，提高制度间的内部秩序一致性。

从理顺效果来看，护理救助、护理保险两项制度逐步调适，形成了合理的制度关系格局，护理保险制度作为护理保障制度体系的主导制度，发挥保险制度优势，实现全民覆盖，解决了社会性失能护理风险的有力分散，有效减轻了公共财政压力、提升了护理服务质量。与此同时，护理救助制度作为护理保险制度的“辅助制度”，在护理保险制度的筹资端和待遇端实现“功能性补充”，发挥了制度间的协同功效。在调整阶段，护理救助制度和护理保险制度的关系完成初步理顺，共同构成了德国护理保障制度体系。

### （三）互补阶段（2005~2014年）

随着2005年《社会保障法案第十二册：社会救助》（Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch: Sozialhilfe）正式生效，德国政府重点推动居家护理方式，以“丰富居家护理救助内容”为重点工作，调整护理服务内容、形式和结构，驱动德国护理救助、护理保险制度进入新一轮的关系阶段——互补阶段。

在这一阶段，德国重新设定了护理保障的重点工作，即细化并鼓励居家护理服务形式。一方面，推进更加完善、系统的社会救护和护理救助体系，完成护理救助方式的二次细化。2002年颁布的《护理服务补充法案》（Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz）进一步将护理服务细化为“短期护理救助”“半机构护理救助”“全机构护理救助”

及“居家护理救助”四种模式。另一方面，鼓励并完善居家护理方式。为保障和提升居家护理对象的安全性，德国相关部门将“门诊护理功能”融入“居家护理救助”服务内容中，设置了专业的护理支持中心和咨询服务中心，以信息化方式快速收集护理对象的保险等级和经济能力概况等信息，以保障快速、精准确定护理对象的救助模式和护理救助预算，进而保障居家护理对象在紧急护理情况下能够获得及时救助。此外，2012年颁布的《护理调整法案》（Pflege-Neuausrichtungsgesetz），针对痴呆症患者提供“增程式”护理。可见，在德国政府的有力推动下，德国居家护理救助实现了功能的丰富和完善，服务领域的变动也一定程度上影响了护理救助与护理保险的关系调整。

如同历史制度主义所言，个体行动方案及个体偏好的形成和目标确定都受到既有制度的约束和塑造。德国居家护理制度的完善和细化更好地满足了居家护理偏好，释放了潜在的护理需要，这也激发了德国居家护理服务市场的蓬勃发展。2015年德国联邦统计局针对《德国接受护理救助人数的统计数据》显示，接受护理救助的人数从约32万已提升至约45万，居家护理的方式成为很多需求者的优先选择。值得注意的是，个体居家护理费用在不断增长的情况下，护理保险基金并未实现同步增长，护理保险无力支持新增释放的居家护理支出需求，导致护理对象及家庭的自付水平被迫不断提高，甚至陷入经济贫困。为了缓解部分家庭因自付护理费用而遭遇的经济困难，在这一阶段，护理救助的兜底作用开始凸显，申请护理救助以获取更多经济支持成为很多护理对象的必然选择。

德国居家护理服务的丰富和细化，快速释放了德国的护理服务需求，德国护理救助支出又快速攀升，其占社会救助总支出的比例从调整期约 11% 增至 16%，约 3% 的增量产生于居家护理救助支出。护理救助的支出规模攀升、相对占比日益提升，一定程度上缓解了部分脆弱家庭的护理支出风险，成为了这类群体溢出需求的“兜底保障”。同时，这也在一定程度上重塑护理救助、护理保险两项制度的关系格局，既有“此消彼长”的功能变动，亦有“提质扩面”的效能拓展。

#### （四）紧密阶段（2015 年至今）

自 2015 年起，为了抑制再次高企的护理救助支出和财政压力，德国再次选择对护理救助和护理保险进行关系调整。德国政府着手设置护理保险制度中动态缴费机制，通过强化保险缴费的自然增长机制，增强护理保险的筹资能力和支付能力，从而降低护理救助的支出压力，实现了护理救助制度与护理保险制度间的第三次理顺关系，塑造了护理救助制度和护理保险制度更为紧密的互动关系。

为解决“因居家护理救助成本高昂迫使护理救助支出占比再次回升”的迫切问题，德国在 2015、2016、2017 三年陆续三次颁布《德国护理强化法案》（Pflegestärkungsgesetzen, PSG I-III），对护理保险制度的筹资和待遇支付进行调整，增强了护理保险制度对日益严峻护理服务风险的回应能力。2015 年《德国护理强化法案》提出增加护理机构的护理人员数量、设立护理基金（Pflegeversorgungsfonds），并初次提高长期护理保险缴费率约 0.3%；2016 年《德国护理强化法案》再一次提高长期护理保险缴费率约 0.2%；2017 年《德国护理强化法

案》继续完善居家护理方式。德国在三次强化法案中连续两次提出“提高护理保险缴费率”，以提升护理保险筹资水平的方式，增强护理保险基金的抗风险能力，提升护理保险制度的待遇水平，进而间接降低护理救助的支出压力，夯实“以护理保险制度为主、以护理救助制度为辅”的关系格局。

从理顺效果来看，护理救助和护理保险制度关系格局在这一时期得到了再次调整，二者关系格局日趋稳定。根据德国联邦统计局对护理救助支出的统计，自2015年至2019年，护理救助支出占比已稳定在15%左右，有效避免了过高护理救助支出导致公共财政压力过大的风险。德国认真总结经验，吸取历史教训，及时调整护理保险制度筹资机制、待遇机制，通过重塑护理救助和护理保险的关系格局，完成了制度间关系的第三次理顺。

本研究根据发展阶段、时间范畴、关键法案、政策内容、理顺关系及制度格局等维度，归纳总结了德国护理制度保障体系的改革历程，详见表1。

表1:德国护理保障制度体系改革历程

阶段	时间范畴	关键法案	政策内容	理顺关系	制度格局
起步阶段	1962~1993年	《社会救助法案》(1962)	正式护理救助制度确立	关系前期	独立单一制度格局(护理救助制度作为唯一正式制度)
调整阶段	1994~2004年	《社会长期护理保险》(1994); 《护理服务补充法案》(2002)	护理保险正式建立; 全社会分散社会化失能风险; 减少护理救助的政府财政负担	第一次理顺关系(“保留”救助,初步形成主次关系)	双制度并立格局(形成保险为主、救助为辅制度格局)
互补阶段	2005~2014年	《社会保障法案第十二册:社会救助》(2005); 《护理调整法案》(2012)	细化护理救助方式; 丰富居家护理内容; 护理救助支持居家护理需求释放	第二次调整关系(居家护理需求释放,护理救助功能补充、扩展)	双制度并立调整(救助兜底保障,补充保险兜底不足)
紧密阶段	2015年至今	《德国护理强化法案》(2015); 《德国护理强化法案》(2016); 《德国护理强化法案》(2017)	增加全机构护理人力支持; 提高长期护理保险缴费率; 调整护理等级; 加强地方政府对护理工作支持力度	第三次理顺关系(再平衡救助与保险,抑制财政负担高企)	双制度优化并立(救助与保险再调整、再平衡、更紧密)

来源:作者自制。

#### 四、评价与启示：护理保障制度体系内制度关系的调适

##### （一）简要评价：德国护理保障制度的重要特点

在护理保障制度体系建立、发展的历史过程中，德国三次适时理顺制度关系，通过“拨动制度阀门”微调两项制度的功能边界，互相支撑、彼此泄压、综合平衡，较好地处理了两项制度的关系，同时，也充分发挥了护理救助制度和护理保险制度的各自优势，审慎、平衡、理性等原则充分渗入三次关系调整，在制度关系动态塑造过程中实现了制度完美咬合，审慎理智的制度选择、不断优化的制度关系是德国护理保障制度体系稳步发展的重要特点。

##### 1. 审慎理智的制度选择

在德国护理保障制度体系的初始阶段，护理救助制度作为唯一制度安排，秉承救助“筹资端和待遇端不强调权利义务对等关系”的制度特征，德国通过拨付公共财政资金，选择性地对部分人群的基本护理需求予以积极回应，制度运行产生了良好的社会效益和福祉效应。但是，这一选择性、补充性的福利安排，无法有效回应日益严峻的社会化失能风险。随着德国社会经济发展、工业化程度提升，就业政策带动人口流动、劳动力成本逐渐攀升，与此同时，老龄化程度不断加深，护理风险逐渐社会化，护理救助人数日益增多，不仅非贫困人口的护理服务需求无法通过救助制度满足，现有的护理救助安排也给政府财政带来了日益严峻的财务负担，单一护理救助的制度格局无法有效解决德国的社会性失能护理难题。为了化解此矛盾症结，德国必然面临“制度选择”中的两个重要决策：第一，是否建立新的护理制度？

## 第二，是否保留护理救助制度？

为了更好地分散风险、减轻政府财政压力，德国选择颁布护理保险制度，利用保险“大数法则、互助共济”的制度特征，在全社会范围内分散护理需求的“社会性泛化”风险，最终成功化解了护理救助制度作为单一制度导致政府财政压力的困境。而针对是否保留护理救助制度，德国从制度组合的视角出发，政府审慎、理智地选择保留护理救助制度，并通过理顺制度关系，调整其定位作为护理保险制度的辅助制度，搭建了“双制度并立”的格局，形成了“保险为主、救助为辅”的制度格局，不仅有力缓解了政府的财政支出压力，而且有效解决了贫困护理对象会面临“无力缴费”和“待遇不足”的现实问题。德国在制度选择的过程中，避免简单粗糙的“以新替旧”的政策选择，坚持审慎、理智的态度选择制度组合，充分发挥了制度组合的平衡效应，是后发国家在相关领域政策选择、体系建设的现实范本。

### 2.不断优化的制度关系

回顾德国护理保障制度体系的发展历程，本研究将其归纳为“四个阶段、三次关系调整”。自第一次理顺关系，建立了“保险为主、救助为辅”的制度格局后，两项制度间的关系并非固守静止，而是根据实际情况和需要在动态中不断调整，“治大国如烹小鲜”的制度调校体现了德国的治理水准。

德国在调整护理救助、护理保险两项制度关系全过程中，以“不同阶段不同优化目标”为优化逻辑，较好地遵守了动态平衡原则。在调整阶段，护理保险制度的建立瞄准控费目标，解决了因护理救助制

度“单一性”导致公共财政负担过重的困境；在互补阶段，护理救助制度以“兜底保障”为优化目标，在护理保险基金筹资待遇限定的条件下，护理对象因居家护理成本攀升面临自付过高的窘境时，护理救助制度作为兜底制度安排，向更多护理对象拨付护理资金；在紧密阶段，护理保险制度以“增加基金抗风险能力、稳定救助支出水平”为优化目标，提升保险基金的筹资和待遇水平，间接规避护理救助支出再次上扬的趋势。综上所述，德国充分考虑了不同制度的特征和优缺点，在基本确定主次关系基础上，从主次关系逐步优化为紧密关系，从简单的衔接关系优化为深度融合关系，制度组合质量和效能不断提升。

## （二）启示思考：我国护理保障制度体系内部关系的两个维度

当前，德国护理救助制度与护理保险制度已形成了高质量制度组合，是护理保障制度体系建设的典范，为其他国家建立健全护理保障制度体系提供了经验性借鉴。在社会保障制度体系路径选择方面，我国已选择了类似于德国的社会保险模式，并将护理保险制度作为护理保障制度体系的主体性制度之一。我国应坚持模仿、创新相结合的原则，辩证看待社会保障制度建设中的福利陷阱问题，正面认识资本主义制度的局限性，与此同时，也应客观评价部分发达国家在制度建设、治理改善中的积极经验。针对我国目前建立何种格局的护理保障制度体系，特别是如何协调和优化护理救助与护理保险的制度关系，客观地看待与审慎借鉴德国经验将是极为必要且迫切的。基于上文的分析评价，我国在健全护理保障制度体系时，可以从制度矩阵、制度长期

和短期选择这两个视角出发，客观、辩证借鉴德国的经验教训，进而完善我国护理保障领域的制度体系并加强治理能力建设。

### 1.制度矩阵：我国应建立完整护理保障制度体系

第一，发挥不同制度优势。我国在建立健全护理制度保障体系时，应考虑科学建立包含护理救助和护理保险两大制度的完整护理保障制度体系，弥补单一制度的不充分性，综合发挥双重制度优势。一方面，基于保险的“社会性”特征，利用保险“权利和义务对等”的制度优势，通过护理保险制度在全社会范围内分散经济风险，为应对日益严峻的社会性失能风险奠定主体性制度基础；另一方面，应继续坚持护理救助制度（可将现有特困供养、残疾人“两补”等制度内容整合为统一的护理或照护救助制度体系），发挥护理救助制度的“兜底性”“补充性”功能，实现护理救助制度在护理保险筹资端和待遇端的“补缺”功能，保障全体公民享受护理服务的基本权利。

第二，动态平衡两项制度关系。在建立护理救助、护理保险两项制度并立格局基础上，同时应秉持动态平衡原则调整两项制度关系，根据特定阶段的实际护理服务需要和社会负担能力，动态调整两项制度的责任边界、保障水平，允许在不同历史阶段对“保险为主、救助为辅”的制度格局进行微调，特别是，在社会性护理保险机制尚未建立或保障存在局限时，应鼓励通过护理救助制度安排优先将脆弱群体的失能需求进行兜底。当然，也应适时调整护理保险的缴费和待遇机制，从而将护理救助带来的财政压力限定在可控范围内。

第三，划分主体责任边界。在护理责任的划分中，政府应承担护

理救助的主要责任，提供最必要的兜底性保障。具体而言，我国护理救助制度应精确瞄准脆弱人群，为其提供最为基本的护理保障，如提供必要缴费补助，使其有能力参加护理保险，获得护理保险和护理救助双重保障。除了贫困等特殊群体，一般性个人应承担护理保险的主要责任。当前，我国长期护理保险试点已经建立了筹资机制，而城乡居民保险筹资水平、结构仍需继续完善，国家、个人和其他主体应探索更为平衡、可行、有效的稳定筹资方案，这仍然是我国护理保险制度实际扩面的重要挑战。

## 2. 制度选择：我国应做好短期与长期的制度选择

第一，识别制度差异。护理保险、护理救助制度的建立会受到特定的制度环境影响，这要求我国要更为客观、科学地认识本国的护理保险和护理救助制度。德国医疗保险基金的可持续性总体良好，制度质量较高，这为其护理保险制度快速建立、公平覆盖、稳定运行奠定了条件。而我国相当多的地方城乡居民医疗保险仍存在穿底风险，无法有效支撑护理保险稳定筹资，部分地区护理保险制度难以实现实际上的公平覆盖，城乡居民（特别是农村居民）难以被有效覆盖。试点经验表明，虽然地方长期护理保险试点工作取得了一定的成绩，但仍存在未能覆盖城乡居民的现实问题，部分试点在覆盖农村方面面临“有名无实”的挑战，长期护理保险在回应农村长期护理需求方面的能力较为有限。

基于以上分析，要认识到不能盲目地将德国经验简单复制到我国，而是要更加客观地审视我国的护理保险、护理救助制度，客观评价二

者的特征、功能、边界、优势、挑战，要采取更为理性、审慎的态度，在客观评价和分析的基础上处理好两项制度的关系。

第二，处理好短期和长期制度关系。结合护理保险和护理救助两项制度的特点，特别是结合当前我国两项制度发展的实践情况，应当在短期和长期采取不同策略，处理好两项制度的格局关系。具体而言，在短期内，客观分析护理保险制度的局限性，建立、健全以护理救助为先的制度关系，优先向低收入失能群体提供兜底性保障，特别是回应农村地区特殊群体的基本护理服务需要，防范灾难性照护风险冲击贫困、脆弱家庭；在中长期内，我国应建立“以保险为主、救助为辅”的制度关系，通过保险机制有效应对社会性失能风险，护理救助在筹资、待遇两端支持低收入失能群体参加护理保险制度、补偿部分失能护理支出，支持防范所有家庭的灾难性支出风险。

综上所述，我国在建立护理保障制度体系时应当客观、辩证借鉴德国的经验教训，通过建立健全护理制度保障体系，优化制度间动态衔接，形成制度合力，发挥整体性护理保障功效，完善我国护理保障制度体系，实施积极应对人口老龄化战略，保障我国城乡各类群体的福祉，助力推进中国式现代化发展。

## 刘德浩：海南长期护理保险制度建设研究



刘德浩：养老金融 50 人论坛特邀研究员、海南大学公共管理学院教授

### 引言

自 1999 年我国进入老龄化社会以来，人口老龄化程度不断加深。2021 年，65 岁以上人口占总人口比重达到 14.2%，我国正式进入深度老龄化阶段。未来中长期内，人口老龄化将成为一个不可逆的进程，持续维持高位，处于人口老龄化“高原期”。随着老年人口规模的扩大，因身体、认知或精神障碍导致生活自理能力下降的失能失智老人规模扩大，照护服务需求显著提升，将对我国长期照护体系建设提出

---

本文摘自《南海学刊》2023 年第 5 期。

严峻挑战。

陈鹤等基于四项全国性调查数据对比研究，认为我国 65 岁及以上老年人失能率约 14.34%。2022 年 8 月 30 日，《国务院关于加强和推进老龄工作进展情况的报告》指出：我国患有慢性病的老年人已超过 1.9 亿，失能和部分失能老年人约 4000 万。而且，随着人口老龄化程度的不断加深，失能老人规模将持续扩大。罗雅楠等的研究成果认为，与平均预期寿命不断延长相一致，我国无残疾预期寿命将从 2015 年的 69.53 岁提高到 2030 年的 72.87 岁，2050 年将进一步提高到 78.26 岁；但老年人带残生存期将从 5.78 年增加到 7.44 年和 11.45 年。与此同时，预计 2030 年我国失能老人规模将超过 7700 万，2049 年将接近 1.4 亿人。从世界各国长期照护制度发展历程看，人口老龄化是重要的驱动因素，荷兰、德国、日本、韩国等国基于本国实际，选择建立长期护理保险制度应对失能失智人群的照护服务需求。

党和国家高度重视长期照护制度体系建设。2015 年 10 月，党的十八届五中全会提出“探索建立长期护理保险制度，开展长期护理保险试点”，推动了《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》出台，在全国遴选 15 个城市开展试点。2019 年政府工作报告提出“扩大长期护理保险制度试点”，国家医疗保障局作为业务主管部门在总结前期试点基础上，发布了《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》，启动第二批试点工作。“十四五”规划和“十四五”全民医疗保障规划中提出“稳步建立长期护理保险制度”。习近平总书记在党的二十大报告中进一步提出“建立长期护理保险制度”，这充分体

现了党中央对长期照护制度建设的重视。长期护理保险制度试点中，各地根据实际，采取“一城一策”的策略，探索推进制度体系建设。截至目前，共有 27 个省份 49 个城市开展试点，但尚有四个省份未开展试点（西藏、青海、宁夏、海南）。学者们对长期护理保险制度的成效进行评价，认为长期护理保险制度试点在减轻家庭照料压力和经济负担等方面取得初步成效，实现了政府和群众的双赢，促进了养老护理机构的发展；但制度也面临一些挑战和问题，比如，筹资渠道较少、服务范围较窄、财务可持续性不足等。

当前，海南正在加快推进自贸港建设，应结合省情，稳妥推进长期护理保险的政策储备，并适时开展试点。基于此，本研究以海南为研究对象，探索长期护理保险制度建设的思路与实现路径，以期为推动长期护理保险制度建设提供借鉴和参考。

## 一、海南建设长期护理保险制度的必要性与基础条件

### （一）建设长期护理保险制度的必要性

1.海南人口老龄化发展趋势与失能老人规模预测。2020 年“七普”数据显示，海南 60 岁以上老年人占比为 14.65%，65 岁以上人口占比 10.43%，低于全国平均水平，但却呈现出人口老龄化速度快、高龄老人比重高的特点。笔者以“七普”分年龄段数据为基础，在不考虑人口迁移等情况下，以中国人寿保险业经验生命表的死亡率为依据，对 2020—2030 年海南人口老龄化趋势进行预测（见表 1），得出以下结论：（1）老年人口规模快速增长。根据预测，“十四五”和“十五五”期间，海南老年人口规模将快速增加，2025 年，60 岁以上老

年人将由 2020 年的 147 万增加到 184 万,2030 年将进一步增加到 224 万; 65 岁以上老年人规模也将从 2020 年的 105 万, 分别增加到 121 万和 154 万。(2) 高龄老人比重高。“七普”数据显示, 2020 年, 海南 80 岁以上老人约 26.8 万人, 占老年人比重为 18.2%, 比同期全国平均水平 13.6% 高出近 5 个百分点。一般而言, 高龄老人失能的概率明显高于低龄老年人。

表 1 海南 60 岁以上老年人规模预测表

年龄段	2020 年人数/人	2025 年人数/人	2030 年人数/人
60 ~ 64	425 099	635 631	704 094
65 ~ 69	376 451	400 818	599 325
70 ~ 74	249 109	340 437	362 473
75 ~ 79	157 925	209 061	285 706
80 ~ 84	138 306	117 960	156 155
85 +	129 709	137 076	135 725
合计	1 476 599	1 840 983	2 243 478

随着老年人口规模增大, 高龄老人数量增加, 失能老人规模将持续扩大。刘方涛等利用 2015 和 2018 年中国健康与养老追踪调查 (CHARLS) 数据库, 汇总出各年龄段老年人的失能率 (见表 2)。对该研究数据进行处理, 得到我国 60 岁以上老年人失能率。由于缺乏对海南老年人失能状况的大规模调研, 笔者将以此为依据, 测算出海南分年龄段失能老年人数量。2020 年, 海南失能老人规模为 17.86 万, 其中, 轻度失能、中度失能和重度失能分别为 13.22 万、2.45 万、2.19 万; 2025 年和 2030 年, 失能老人规模持续扩大, 分别达到 20.83 万和 25.03 万, 其中, 重度失能老人分别增加到 2.42 万和 2.8 万 (见表 3)。中国保险行业协会与中国社会科学院人口与劳动经济所研究联合开展了老年人长期护理调研, 在对部分开展长期护理保险地区的

1.2 万名受访者进行调查基础上，形成《2018—2019 中国长期护理调研报告》。将日常生活活动能力（ADL）和工具性日常生活活动能力（IADL）均重度依赖的老年人确定为“依赖程度最严重”，该群体占比达 2.54%。如果以该调研报告中“依赖程度最严重”的老年人比重为测算基础，可以计算出海南“依赖程度最严重”的老年人数量：2020 年约为 3.75 万人；2025 年将进一步提高到 4.68 万人；2030 年将达 5.7 万人。

表 2 我国 60 岁以上老年人失能率

年龄段	轻度失能率/%	中度失能率/%	重度失能率/%
60~64	4.71	0.95	0.32
65~69	7.64	0.83	0.47
70~74	8.49	0.87	0.87
75~79	10.73	1.56	1.68
80~84	13.27	3.64	3.09
85+	20.81	5.90	7.45

注：将 ADL 量表中的六项测量指标进行处理，1~2 项为“轻度”，3~4 项为“中度”，5~6 项为“重度”。

表 3 海南分年龄段失能老年人规模预测表

年龄段/岁	2020 年失能人数/人			2025 年失能人数/人			2030 年失能人数/人		
	轻度	中度	重度	轻度	中度	重度	轻度	中度	重度
60~64	20 022	4 038	1 360	29 938	6 038	2 034	33 163	6 689	2 253
65~69	28 761	3 125	1 769	30 622	3 327	1 884	45 788	4 974	2 817
70~74	21 149	2 167	2 167	28 903	2 962	2 962	30 774	3 154	3 154
75~79	16 945	2 464	2 653	22 432	3 261	3 512	30 656	4 457	4 800
80~84	18 353	5 034	4 274	15 653	4 294	3 645	20 722	5 684	4 825
85+	26 992	7 653	9 663	28 526	8 087	10 212	28 244	8 008	10 112
合计	132 223	24 481	21 887	156 075	27 970	24 249	189 348	32 966	27 960

注：本表的数据根据表 1 和表 2 的数据计算得出。

基于海南人口老龄化发展趋势和失能老年人规模的预测，我们必须科学谋划，合理布局，未雨绸缪，抓住“十四五”“十五五”海南积极应对人口老龄化的战略机遇期和窗口期，提升老年人照护保障能力。

2. 家庭非正式照护压力大。中国一直有“养儿防老”的传统观念，

且具有极强的家庭伦理观，家庭一直是老年人照护的主体。2021年1月，笔者开展了“海南老年人养老服务需求调查”，通过分层抽样方式获取817份问卷。调查发现，老年人照护服务主体是家庭成员，以配偶、儿子及儿媳、女儿为主，占比95%左右。而且，家庭照护者的照护时间较长，平均每天约6.8小时（见表4）。非正式照护给家庭成员带来时间、经济和心理等多方面压力。女性一直是照护老人的主要力量，非正式照护对女性的影响尤为突出。有研究显示，每周提供20小时以上高强度照料会使女性难以兼顾照料和工作，产生“门槛效应”。与此同时，家庭结构呈现出小型化的特点，家庭规模缩小，家庭照护功能弱化。“七普”数据显示，2020年海南家庭户均人口为3.06人，较20年前的4.11人减少了1.05人。家庭规模缩减导致家庭照护资源不断削弱，加剧了照护负担。此外，由于家庭非正式照护者缺乏专业知识，难以为被照护者提供高质量的服务。

表4 海南受访老年人照护服务提供主体与照护强度

因素	变量	频数/人	占比/%
主要照护提供者	配偶	98	32.89
	儿子	100	33.56
	儿媳	62	20.81
	女儿	23	7.72
	孙子女	5	1.68
	保姆	5	1.68
	其他	5	1.68
	照护时长 (小时/天)	0~4	154
5~8		68	22.82
9~12		31	10.40
19~24		35	11.74
未填写		10	3.36

3.老年人照护服务购买能力不足。总体而言，海南老年人照护服务有效需求不够旺盛，这一方面受老年人养老观念的影响，另一方面

是老年人养老服务购买能力有限。有关数据显示，2020年，海南省退休职工月平均养老金为3194元，高于城镇居民人均可支配收入，但城乡居民养老保险的月均养老金仅为201元，远低于城镇居民人均可支配收入。但即便是每月养老金3194元的老人，如果因失能程度较重而入住养老机构，也难以承担相关费用。调查显示，海南省托老院全护理老人的费用为4500元/月，远高于职工平均养老金水平；照护条件相对较低的白沙县农村中心养老院，在面向社会老人开放的床位中，全护理老人每月费用也达到1600元（见表5）。受制于支付能力等因素的影响，老年人适度照护服务需求难以满足，直接影响到失能老人的福祉。

表5 不同养老服务机构入住老人收费情况表

单位：元/月

养老服务机构	自理程度	费用			合计
		床位费	伙食费	护理费	
省托老院	全自理	1 350	900	390	2 640
	半护理2级	1 350	900	1 050	3 300
	半护理1级	1 350	900	1 350	3 600
	全护理	1 350	900	2 250	4 500
儋州市老年人服务中心	全自理	700	900	500	2 100
	一般自理	700	900	800	2 400
	半自理	700	900	1 300	2 900
	全失能	700	900	1 900	3 500
三亚养老服务中心	护理费	3 000	1 500	900~6 000	5 400~10 500
海口华邦孝慈	存在差异	1 000	1 000	1 200~4 500	3 200~6 500
白沙县农村中心养老院	自理	200	500	0	700
	半自理	200	500	608	1 308
	全失能	200	500	980	1 608

注：根据笔者2022年1月对各机构的调研数据整理得出。其中，省托老院床位费分为单人间、双人间、三人间、套间等不同类型，本表中以双人间为例，每月以30天为基础计算床位费。

## （二）建设长期护理保险制度的基础条件

海南积极推进长期护理保险制度建设，是贯彻党的二十大报告精神的内在要求，是实施积极应对人口老龄化战略的必然选择，也是建

设自贸港的具体举措，对于增进民生福祉具有重要价值。同时，海南也具备开展长期护理保险制度探索的现实基础。

1.资金来源有保障。长期护理保险资金主要来自个人和（或）单位缴费、医保基金划拨、财政支持等渠道。从 49 个试点城市看，在制度创设初期，为了不增加缴费负担，长期护理保险多采取“从医保”的模式。但长期来看，多数学者主张应建立独立的筹资渠道，使其成为独立的社会保险险种。目前，海南省职工基本医疗保险和居民医疗保险财务收支状况良好，截至 2021 年，海南省职工医保累计结余 215.3 亿元，可支付月数达 30 个月；居民医保累计结余 62.5 亿元，可支付月数为 13.5 个月，较为充裕的医保基金结余为制度建立初期“从医保”的筹资来源提供了资金保障。

2.财务可承受。根据《2021 年全国医疗保障事业发展统计公报》，2021 年全国享受长期护理保险的参保人人均长护险待遇为 1.55 万元 / 年。如果海南将所有基本医保参保人全部纳入长期护理保险保障范围，考虑到长期护理保险试点地区多以重度失能人群为保障对象，长期护理保险基金支出规模约为 3.4 亿，基本医保参保人年人均筹资约 36 元即可满足基金支出需要；如将受益面扩大至中度失能老人，基金支出规模约为 7.2 亿，年人均筹资约 77 元；如依据中国保险行业协会等研究报告提出的“依赖程度最严重”的老年人比重为测算基础，这部分重度失能老人所需基金支出约 5.8 亿，年人均筹资约 62 元。总体而言，即便在制度起步期，所需资金由医保基金作为主要筹集渠道，财务压力仍在可承受范围；如果覆盖范围采取先职工后居民的路

径，基金压力则更小。

3. 照护服务有供给。稳健的筹资来源为长期护理保险制度的运行提供财务支持，但对于失能老人而言，满足其照护服务需求是建立长期护理保险的根本所在。因此，要高度重视照护服务递送能力建设。海南正在不断完善政策体系，加大养老服务业投入力度，深化“放管服”改革，吸引社会力量投入养老服务行业，养老机构床位数和社区日间照料中心等建设成效显著。截至 2022 年底，全省正在运营的养老机构 135 家，床位数 13069 张；建设投入使用的城乡社区老年人日间照料中心 203 家，长者饭堂 59 家；共有 1381 个城乡社区开展居家养老服务；全省以不同形式开展医养结合的养老机构占全省养老机构总数的 96.2%。与此同时，海南不断推进医养结合服务发展，为老年人提供连续性整合性照护服务。

4. 经办服务可提供。相较于养老保险、医疗保险，长期护理保险服务存在供给主体多、类型多样、标准化程度低等特点，对经办服务体系的建设提出挑战。从实践看，长期护理保险商保经办是我国大多数长期护理保险试点地区的实践选择，而且经过近几年的运行，积累了不少具有可操作性的实践经验，为规范和完善长期护理保险制度提供了重要的实践参考，也可为海南长期护理保险商保经办提供经验借鉴。

## 二、海南建设长期护理保险制度的总体原则与政策设计

### （一）建设长期护理保险制度的总体原则

海南推进长期护理保险制度建设有需求、有基础、有条件。笔者结合海南实际和已有的实践经验，提出海南建设长期护理保险制度的

总体原则。

1.试点先行，逐步推广。综合考虑财务可负担性、服务可及性、制度可持续性维度，引导合理预期，低水平起步，稳步扩大覆盖面和保障范围，逐步提高保障水平。注重与养老服务补贴、护理补贴等政策、商业保险的有效衔接，构建多层次照护保障体系。

2.夯实基础，强化协同。长期护理保险制度运行具有典型的“跨界性、复杂性、多元化”等特点，涉及的部门多、主体多、服务类型多，因此在推进长期护理保险制度过程中，医保行政、民政、卫健、税务、财政、医保经办等部门要强化协同，注重政策的系统集成；商保机构、照护服务机构、评估机构等要不断提高服务能力和水平，确保制度的有效实施。

3.建章立制，注重实效。长期护理保险制度运行面临的最大挑战就是照护服务供给能力以及服务的标准化问题。政府相关部门要强化顶层设计，在明确规范、标准、流程等方面下功夫，同时强化监管，确保制度实施效果。

## （二）长期护理保险制度的政策设计

社会保险项目最核心的要素主要有：覆盖范围、筹资模式、待遇水平、经办服务等。本部分将结合各地试点经验，提出海南长期护理保险制度政策设计的基本思路与路径选择。

1.覆盖范围。我国 49 个试点地区的长期护理保险覆盖范围有三种选择：职工医保、职工医保+城镇居民、职工医保+城乡医保。上海比较例外，除了职工医保参保人外，还覆盖城乡居民医保参保人中

60岁以上的人群。总体上看，覆盖范围与服务能力、财务可持续性、筹资能力等因素有关，部分地区制度建立之初主要覆盖职工医保参保者，之后逐步将覆盖范围扩大至城乡居民。国家医保局《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》提出：从职工基本医疗保险参保人群起步，有条件的地方可随试点探索深入，逐步扩大参保对象范围。

综合来看，建议海南在试点初期，以职工医保参保人为主要覆盖对象，并根据实际情况逐步扩大覆盖范围，采取“城镇职工（城镇职工+城镇居民）——全覆盖”两步走的路径。因为如果一开始就覆盖城乡居民，会增加参保人缴费负担，而受益人仅限重度失能人员，参保扩面阻力大；同时，海南农村照护服务体系建设不够完善，照护服务可获得性不足。相对而言，以职工医保参保人为主要覆盖对象，职工参保个人缴费部分可由个人账户划拨，有利于参保扩面的顺利推进。

2.筹资模式与筹资额度。理论上，作为社会保险体系的“第六险”，长期护理保险应有其独立的筹资来源。国家医保局明确提出要建立多元化的筹资机制，“筹资以单位和个人缴费为主”。但考虑到目前经济下行压力较大、企业社会保险负担较重等原因，“在起步阶段，可从单位缴费中划出；个人可由个人账户代扣代缴。探索通过财政等其他筹资渠道，对特殊困难退休职工缴费给予适当资助”。从试点地区的探索看，主要有两种模式：单一筹资渠道和多元筹资渠道。前者主要由医保基金划拨的方式筹资，比如宁波；后者采取个人和（或）单位缴费、医保划拨、财政补贴等多种渠道筹集资金。

对海南长期护理保险试点而言，应采取多元化的筹资渠道，形成

个人缴费、单位缴费、政府补贴相结合的多元筹资模式。但考虑到当前社会保险缴费水平高、企业压力大等情况，建议职工医保参保人的个人缴费部分由个人账户划拨，单位缴费部分暂由医保统筹账户划拨；居民医保参保人个人缴费在征缴基本医保时同步缴费，同时政府给予一定数额的匹配缴费。从长远看，应建立基于个人收入水平的比例缴费模式，以体现制度的再分配属性；但结合各地试点经验，在起步期可采取定额缴费的模式，筹资水平按照“以收定支、略有结余”的原则确定。

筹资水平与待遇水平是衔接的，应建立基于待遇水平的动态化筹资调整机制。在制度起步期，要坚持“低水平起步”的原则，建议重点覆盖重度失能人群，并逐步向中度失能人群扩大。基于前述测算，如果按照长期护理保险待遇平均支付额为依据，2021年，全国长护险人均受益额约1300元/月。如果以此为标准，覆盖海南省所有参保人，以重度失能人群为保障对象，基金支出约3.4亿或5.8亿，人均筹资额约36元或62元。从全国水平看，采取定额筹资的地区，多数人均筹资额在100~150元。因此，考虑到人口老龄化程度不断加深以及未来逐步拓宽受益面等因素，制度起步期应遵循“以支定收、略有结余”的原则，定额筹资标准暂定为100元，其中个人筹资50元，剩余部分由职工医保统筹基金划拨或财政补贴。

3.保障对象与保障内容。长期护理保险制度受益人需依据失能等级评定结果作为享受待遇的依据。从全国多数地区实践看，在制度起步初期以重度失能人群为保障对象，主要覆盖重度失能人员基本生活

照料和与基本生活密切相关的医疗护理等所需费用。但部分地区随着试点的推进，逐步将保障对象从重度失能人群扩大到中度失能人群。如 2022 年 7 月，成都市在新一轮长期护理保险制度改革中将保障范围扩大到中度失能三级、中度失能二级参保人员；2017 年，青岛市将保障重点延伸到重度失智人员，2022 年又启动延缓失能失智项目；苏州也针对重度和中度失能人员提供差异化的照护服务包。但考虑到目前海南社区照护服务供给能力有限、财务负担可持续等因素影响，建议制度设立初期，以重度失能老人为保障对象，之后逐步扩大保障范围。

从保障内容看，主要包括生活照料服务和与基本生活密切相关的医疗护理服务。日常生活照料服务，主要是为失能人员提供做饭、洗衣、打扫卫生等服务；个人照料服务，主要是为失能程度较重的人提供洗澡、穿衣、如厕、吃饭等服务；基础护理服务，主要是为失能人员提供用药管理、伤口包扎、注射、康复治疗等辅助性医疗护理服务；社会支持类服务，起步阶段主要是为失能人员提供辅具租赁等支持，随着服务能力的提升可逐步扩大到家庭照护者支持等服务内容。

从服务形式看，主要包括专护、院护和家护三类。专护，主要由开设医疗专护区的医疗机构或护理院等机构提供长期在院照护服务；院护，主要由各类养老服务机构提供长期在院的照护服务；家护，由具备资质的养老服务机构提供上门居家照护服务。借鉴试点地区经验，暂不设立亲情照护津贴，以提供照护服务为主；可探索开展家庭照护者“喘息服务”，降低照护者负担。

从保障水平看，可采取按比例限额报销的方式，报销比例不低于70%；对不同形式的照护服务，设定差异化的最高支付限额，具体可考虑不同类型照护服务的成本合理核定。

4.失能等级评定。长期照护服务以失能等级评定为享受待遇的资格条件。这里涉及两个核心问题：评定标准是什么？由谁来评定？从49个试点城市看，各地采取了差异化的评估标准，大致分为两类：一是采取单一评估量表，比如南通的失能评估以《日常生活能力评定量表》（Barthel 指数评定量表）为标准；长春以《日常生活活动能力评定量表》、《综合医院分级护理指导意见（试行）》、体力状况评分标准（卡氏评分 KPS）三种标准为依托，符合其一者即可享受待遇。二是综合性评估量表，由地方结合实际和国内外经验提出符合实际的评定量表，比如上海形成了失能评估的地方标准《老年照护统一需求评估规范》，青岛形成了《青岛市长期护理保险失智老人失智状况评估量表》。总体而言，各地失能人员等级评估标准存在差异，为了促进各地标准的统一，国家医保局会同民政部出台了《长期护理失能等级评估标准（试行）》。海南省在推进长期护理保险失能等级评定中，建议直接采取国家医保局的标准，并将其作为享受待遇的依据。同时，做好与民政部门的协同，建立评估结果的跨部门互认机制，作为老年人享受基本养老服务的依据。

失能等级评定机构在长期护理保险制度运行中发挥着至关重要的作用，直接影响参保人享受待遇的资格条件。从试点地区实际看，有三种模式：一是由医保经办机构与有资质的机构签订定点协议，由

其依照评定标准开展等级评定，并接受监督，比如上海、南通；二是政府制定评估机构准入条件，由商保经办机构与有资质的机构签订协议，组织开展失能等级评定业务，比如苏州；三是由医保局制定评估准入条件，医保经办、商保机构与有资质的评估机构签订协议，开展等级评定业务，比如上饶。实际上，采取何种失能等级评定模式与经办业务模式密切相关。建议海南由省级医保行政部门制定评估机构准入资格与遴选办法；医保经办机构负责准入评审，并由其与有资质的机构签订定点评估协议；商保经办机构根据参保人申请，负责组织失能等级评估流程，但不得干预评审过程，以评估机构确认的失能等级作为参保人享受待遇的资格条件。

5. 经办服务。较之于医疗保险，长期护理保险经办服务涉及的环节更多，主体更复杂，服务内容标准化程度更低，监管难度更大，对经办服务的要求更高。从各地实践经验看，多采取委托商保机构经办的模式运行。商保经办大病保险的主要模式，大致可以分为两类：保险合同模式和受托管理合同模式。前者是保险公司按照“保本微利”的原则承办长期护理保险业务，并需要承担一定风险；后者则是商保公司按照一定的标准收取经办管理费，按照合同约定提供相关服务，不承担风险。从理论上讲，这两种模式均具有一定的合理性，但是考虑到目前各地长期护理保险政策在筹资标准、保障范围和待遇水平等方面存在很大差异，而且国家尚未形成标准化的长期护理保险待遇清单，政策具有较大的调整空间，长期护理保险缺乏统一规范的数据为商业保险机构发挥精算优势提供数据支撑等，在制度起步阶段，可以

采取受托管理合同模式为规范长期护理保险经办服务积累经验。随着未来政策的定型，可以引入保险合同模式，以充分发挥商保公司的专业优势和价值，构建基于竞争的长期护理保险商保经办格局，提高长期护理保险的运行效率、服务水平和质量。

### （三）试点地区选择

长期护理保险国家试点城市一般以地级市为基础开展，试点地区的选择主要考虑长期护理保险需求、财务能力、养老服务供给能力和地方政府意愿等因素。海南可选取海口作为开展长期护理保险的试点，在条件许可的情况下三亚也可推进试点。主要基于以下几点考虑：一是参保人规模大。2020年，海口职工保参保人78.1万，居民保参保人105.2万，分别占全省的31.2%和15.4%。二是医保基金充裕。2020年，海口职工保、居民保基金收支分别为27亿、8.5亿和17.2亿、6.8亿，当期结余9.8亿和1.7亿。三是养老服务资源丰富。海南养老服务资源分布不均衡，海口是最为集中的地区。2021年，海口有养老机构33家，总床位5074张，约占全省的1/3；同时拥有运营日间照料中心107家。

## 三、海南建设长期护理保险制度的配套政策

长期护理保险制度的建立及运行是一个系统工程，在完善政策设计的同时，要注重配套政策体系的建设。

### （一）提升照护服务供给能力和水平

长期照护服务的供给能力和水平直接影响受益人的照护服务获得感和满意度，也是政策目标得以实现的基础和保障。但客观而言，

海南长期照护服务的供给仍然存在不平衡不充分的问题，这也成为长期照护制度在全省推广的重要制约因素。因此，建议在推进长期护理保险试点的同时，按照“提质扩容、均衡发展”的思路，积极推进海南照护服务体系建设。一是“补短板”，重点聚焦农村养老服务体系建设相对滞后；中西部欠发达市县养老服务资源总量不足；社区照护服务供给能力和水平不足；医养结合服务难以落地等短板。二是提高服务质量。聚焦满足高龄以及失能失智老人的刚性照护需求，各级政府应加大支持力度，提升养老机构护理型床位比重，增强养老机构对高龄以及失能失智老人的照护能力，托住失能老人的照护底线；聚焦当前各类养老服务机构医养结合的短板，因地制宜、因院施策，建立“以医为主”“以养为主”“医养并重”等特色鲜明、多样化的医养结合机构，满足老年人医疗卫生服务与养老服务相结合的整合性照护服务需求。

## （二）建立健全长期护理保险运行的制度规范

1.明确服务机构准入资格。长期照护制度实施过程中，涉及两类服务供给主体，即失能等级评估机构和照护服务机构。遴选合格的服务机构是各地长期护理保险制度体系建设的重要内容。医保行政部门应结合本地实际，制定定点评估机构与定点照护服务机构的准入资格条件，明确申请流程与监管规则；由医保经办机构负责定点服务机构的遴选，并与合格服务机构签订协议，实施协议管理；受托管理的商保机构负责对定点服务机构的日常管理和监督。

2.完善制度规范。建议结合地方实际，出台《长期护理保险定点

评估机构管理规定》《长期护理保险定点服务机构管理规定》《长期护理保险服务机构协议管理办法》等政策，在条件成熟的情况下出台《长期护理保险失能等级评估规范》《长期护理保险定点照护机构服务标准》等，为规范各主体的行为提供制度保障。

### （三）优化商保经办运行体系

商保公司作为长期护理保险的经办机构，负责具体业务的承办，包括政策宣传、缴费记录、待遇支付、服务机构遴选与监管、档案管理和系统建设等。

1.明确商保机构“保本微利”的内涵和实现机制。“保本微利”是商保经办内在激励机制的关键所在，与盈利率、经营管理成本、盈亏调整等关键问题密切相关。第一，组织开展长期护理保险管理成本测算和评估，对商保公司经营长期护理保险业务的合理成本予以认可。第二，探索开展基于年度综合费率（包括盈利率和经营管理成本）的运营商招投标机制。在综合考虑服务质量、管理运营成本等因素的基础上，通过公开招投标的方式，遴选有竞争力的机构参与长护险业务经办服务。第三，及时开展长护保险项目清算。如果采取保险合同模式，建议保险合同中要载明保障范围和保障水平，明确界定政策性亏损和经营性亏损的认定标准。根据清算结果，经双方确认存在超额结余的，应根据合同约定按照规范的财务处理方式将需要返还的超额结余资金返还长期护理保险基金账户；对政策性亏损，由政府相关部门按照合同约定分摊比例给予保险公司回补。

2.科学设置指标体系。组织开展商保经办机构绩效考核，建立退

出机制，营造开放竞争的市场环境，引导机构不断提高服务能力和业务水平，提高运行绩效。同时，支持商保公司探索开展差异化保险服务。商业保险公司间的竞争除了费率外，服务也是非常重要的内容。鼓励商保机构开展“长护险+养老服务”的延伸服务或其他有针对性的增值服务，提高服务的附加值。

## 施文凯：完善长期护理保险制度 积极应对人口老龄化



施文凯：养老金融 50 人论坛常务副秘书长、中国财政科学研究院  
助理研究员

进入 21 世纪以来，中国人口年龄结构老化迅速。同时，城乡失能和半失能老年人数量也在不断增长。截至 2022 年底，患有慢性病的老年人数量超过 1.9 亿，失能和部分失能老年人约为 0.4 亿。人口老龄化和失能老年人口不断增加，导致医疗支出和老年照料支出持续增长，社保基金和公共财政的支出压力增大，迫切需要构建起适合中国国情的医养结合保障体系。

---

本文摘自《中国财经报》2023 年 7 月 18 日。

党的二十大报告提出“实施积极应对人口老龄化国家战略，发展养老事业和养老产业”，并提出“建立长期护理保险制度”。长期护理保险制度是积极应对人口老龄化、促进社会经济发展的战略举措，是实现共享发展改革成果的重大民生工程，是健全社会保障体系的重要制度安排。

### 一、地方积极探索开展长期护理保险制度试点

2016年6月，人社部办公厅发布《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》，决定在部分地区开展长期护理保险制度试点工作，确定了全国首批15个试点城市，并将吉林和山东两省作为国家试点的重点联系省份。2020年9月，国家医保局和财政部联合发布《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》，决定扩大试点范围。2022年，49个试点城市中参加长期护理保险人数有近1.7亿人，享受待遇人数120.8万人。长期护理保险定点服务机构有7679个，护理服务人员有33.1万人。此外，也有部分非试点城市自行开展了长期护理保险制度的相关探索和实践。长期护理保险制度试点工作开展以来，试点地区因地制宜、积极探索，结合地方实际在制度框架、政策标准、运行机制和管理办法等方面进行了有益探索，取得初步成效。

青岛市是国内首个探索开展长期护理保险工作的城市，也是全国首批开展长期护理保险试点的城市之一。2012年，青岛市发布《关于建立长期医疗护理保险制度的意见（试行）》，在全国率先建立长期医疗护理保险制度。目前，青岛市长期护理保险制度已经覆盖所有基本医疗保险参保人员。在资金筹集方面，青岛市建立起了多渠道筹

资和动态调整机制，资金筹集以单位和个人缴费为主，财政给予适当补贴；资金管理实行市级统筹，职工和居民护理保险资金实行“收支两条线”，纳入财政专户管理，专款专用。为了增强长期护理保险制度的互助共济功能，青岛市建立了长期护理保险调剂金，调剂金来源包括职工和居民当年护理保险筹集资金的 20%、职工和居民护理保险历年结余资金的 30%、福彩公益金补贴资金，以及社会捐赠资金，职工或居民护理保险资金收不抵支时可以使用该资金。此外，青岛市还建立了预防和延缓失能失智保障金，每年从职工和居民当年护理保险资金中分别按不超过 3%的比例提取，统一用于预防和延缓失能失智工作。在待遇支付方面，青岛市建立了整合式护理服务模式。服务内容主要包括健康管理、慢性病维持性治疗、医疗护理、生活照料、功能维护（康复训练）、安宁疗护、临终关怀、精神慰藉等基本照护服务；服务形式主要包括居家照护、机构照护、日间照护；参保职工发生的符合规定的费用，报销比例为 90%；参保居民发生的符合规定的费用，一档缴费的成年居民、大学生、少年儿童报销比例为 80%，二档缴费的成年居民报销比例为 75%。

南通市是全国首批开展长期护理保险的试点城市之一，较早建立了全市统一、覆盖城乡的长期护理保险制度。南通市长期护理保险覆盖了全体基本医疗保险参保人员，包括职工医保和居民医保参保人员。资金筹集由个人缴纳、医保统筹基金划转和政府补助组成。2023 年，南通市将原按定额从基本医疗保险基金中划转资金筹集长期护理保险基金的方式，调整为分险种从基本医疗保险筹资总额中按比例划转，

其中，职工医保按 3%比例划转，居民医保按 1.5%比例划转。同时，将长期护理保险政府补助对象调整为参加长期护理保险的居民医保人群，对职工医保人群不再补助。在待遇支付方面，长期护理保险基金支付范围包括照护服务费用、辅具租赁费用和经办管理费用。此外，南通市从长期护理保险基金中列支 3%的资金对老年人进行宣传教育、风险评估，对具有较高失能失智风险的老年人进行个性化干预，形成了机构照顾、居家服务、津贴补助、辅具支持、预防管控“五位一体”的长期护理保险制度，有利于照护与预防相结合、长护制度运行与服务能力提升相结合。

成都市也是全国首批开展长期护理保险的试点城市之一。2017年成都市启动试点工作，首先将城镇职工中重度躯体失能人员纳入保障范围；2018年将重度失智人员纳入保障范围，实现失能失智情形全覆盖；2021年将成年城乡居民医保参保人员纳入保障范围，实现制度在城乡的全覆盖；2023年将学生儿童纳入保障范围，实现制度对参保群体的全覆盖。在筹资方面，城镇职工采取调整职工医保统筹基金和个人账户结构及财政补助的方式筹资，城乡居民采取个人缴费与财政补助相结合的方式筹资。在服务待遇方面，参保人员可以享受基础护理服务（可由经规范化培训的居家护理服务人员或定点护理机构提供）、专业护理服务（主要由专业护理机构提供）、辅助器具服务等，护理服务方式主要包括机构护理和居家护理。在待遇标准方面，不同参保人员、不同服务待遇、不同失能程度、不同护理方式所享受的待遇标准有所差异。

## 二、长期护理保险制度试点值得推广的经验

在参保对象和保障范围方面，建立普惠享有、城乡统一的制度框架。从试点看，多数地区长期护理保险制度首先从职工医保参保人群起步，重点解决重度失能人员基本护理保障需求，再根据实际情况逐步扩大参保对象范围和调整保障范围。整体来看，多数地区都以较低水平起步，循序渐进，逐步实现人群全覆盖和统一基金池，进而促进制度公平，实现制度互助共济功能。

在资金筹集方面，建立互助共济、责任共担的筹资机制。构建多渠道的筹资机制是长期护理保险制度持续运行的关键。从试点看，职工医保参保人员筹资多以单位和个人缴费为主，单位缴费可从职工医保基金划转，个人缴费可从职工医保个人账户划转，也有部分地区给予财政补助。居民医保参保人员筹资渠道主要包括个人缴费、财政补助、医保基金划转等方式。在筹资方面，青岛市和南通市等地探索打通职工医保和居民医保两大参保群体的基金，有助于平衡两类参保人员基金负担，进而更好地实现制度再分配功能。此外，青岛市和南通市等地从长期护理保险基金中列支费用，专项用于预防和延缓失能失智工作，变被动应付为主动预防，有助于延缓老年人失能失智的发生，提高老年人健康年龄，减轻长期护理保险未来支付压力。

在待遇支付方面，建立统一待遇、差别模式的支付机制。职工医保和居民医保参保人员的筹资水平不同，导致多数地区待遇水平存在差异。从社会保险属性看，未来要逐步拉齐两类参保人员的待遇差异，进而实现更大范围内的互助共济。同时，考虑到我国经济社会发展阶

段和老年群体实际情况，长期护理保险制度需要实现差别模式支付，根据护理等级、服务提供方式不同等实行差别化待遇保障政策，鼓励使用居家和社区护理服务。

在服务模式方面，建立政府主导、多元参与的治理模式。长期护理保险制度直接面向服务，采取的是“基金购买服务”的方式。从试点看，一方面要坚持政府主导，搭建长期护理行业规则，做好相关监督管理工作；另一方面要鼓励、支持并积极引入市场机制和社会力量进入照护行业，有效培育照护服务市场，发展照护行业。试点地区提供居家照护、机构照护等多种服务模式，服务内容既包括长期护理保险支付的“基础包”，也包括个人自付的“升级包”。构建政府主导、多元参与的长期护理服务治理模式，一方面有助于养老照护行业发展，一批专注于提供居家社区照护服务和辅助器具适配租赁服务的机构逐渐成长起来，并积极拓展业务。试点地区服务机构达到 7600 家，是试点前的 4 倍。另一方面有助于解决就业问题。护理人员数量从试点前的 3 万多人增加到 33 万人，这对于解决 40 至 60 岁人员就业问题具有明显促进作用。照护职业未来可逐步向青年群体拓展，借助专业化护理解决青年就业问题。

### 三、完善长期护理保险制度需重点关注五方面问题

其一，出台国家指导方案，尽快统一制度模式。政策试点是我国政策制定过程中的宝贵探索，有利于充分调动地方积极性，为政策的全面推行积累经验。但是，长期差异较大的政策试点极易形成路径依赖，也给将来制度统一实施带来一定阻力。当前，我国已有多个地区

开展了长期护理保险制度的实践探索，形成了各有特色的长期护理保险制度，但是整体来看，制度模式、筹资机制、待遇保障范围和标准等差异较大，制度的区域间碎片化问题突出，未来全国统一制度时将面临高昂的制度整合成本。以待遇支付范围为例，部分地区长期护理保险待遇严格限于医疗相关护理服务，部分地区则拓展至以接受生活照料为主的养老机构照护床位，还有部分地区将居家亲情照护纳入支付范围。为此，需要在充分调研摸底的基础上，尽快出台国家指导方案，统一长期护理保险政策框架，减少后期整合阻力。

其二，建立多元筹资渠道，重点关注困难群体。长期护理保险多从职工医保参保群体起步，逐步扩展至居民医保的参保群体。在推进过程中，一是需要坚持多元筹资渠道，合理分配个人、政府、家庭及市场等主体责任，科学分担不同主体筹资责任。二是需要关注“二元分立”制度差异问题。从试点政策和各地探索看，长期护理保险依托基本医疗保险制度运行，因此深受职工医保和居民医保“二元分立”制度模式的影响，容易形成不同参保群体在筹资水平和待遇保障等方面的差异。当前，需要深入分析二元制度模式，以及分析居民医保参保群体服务可及性等因素，进一步完善筹资机制，合理确定个人筹资标准和筹资水平；逐步提高居民医保覆盖对象的筹资水平，探索居民医保参保群体的缴费方式，构建更加公平的长期护理保险制度。三是需要重点关注困难群体。尤其是要积极向低收入者、农村居民等群体扩展，科学评估实际失能人口规模和需求，对于困难群体参保给予补贴，充分发挥社会保险制度互助共济功能。

其三，厘清待遇责任边界，审慎制定待遇标准。在待遇支付方面，应当通过合理确定待遇支付标准和完善服务购买机制等措施，引导资源向居家和社区照护配置，构建适合我国国情的长期照护服务递送体系。目前，长期护理保险和基本医疗保险两个制度之间还存在一些衔接不清楚的模糊地带。未来，一是要在制度设计上明确界定长期护理保险和基本医疗保险的待遇保障范围，明确区分医疗费用和照护费用的覆盖范围，厘清长期护理保险与基本医疗保险的关系和区别，减少失能人员在照护机构和医疗机构之间的奔波。二是要鼓励基层医疗卫生机构开展适老化改造，减少床位闲置，为失能人员提供更好的医养结合服务。可通过对长期护理保险定点机构给予一定的医保政策倾斜来增加定点机构的医疗服务能力。同时，需要结合经济社会发展的实际情况确定和调整筹资标准以及待遇支付标准，注重制度当期精算平衡，防止基金大量沉淀，提升基金使用效率。

其四，重视农村服务递送，大力推进医养结合。由于农村地区发展水平不一，部分农村老年群体居住较为分散，长期护理保险的发展难点在于农村地区服务供给能力不足，因此需要高度重视农村偏远地区的长期护理服务可及性问题，通过协调农村基层组织解决农村服务递送问题。应加大基层医疗卫生机构和养老照护机构医养结合模式的转变力度。可以探索将乡镇卫生院闲置床位改造成为护理床位，并统筹改造农村养老院和敬老院床位，提升养老机构的长期照护服务能力。

其五，重视护理人员培养，培育养老服务市场。伴随着中国加速进入重度老龄化社会，养老服务市场供给能力明显不足，护理人才缺

失成为当前长期照护保障体系发展的短板。相关部门需要结合我国就业市场的情况，加快建设专业化的护理队伍，为医养结合提供稳定优质的人才供给，缓解服务人员紧缺的现实问题。一是利用长期护理保险试点带动社会资本进入为老服务市场，以创业带动就业。不仅要将为老服务行业作为就业政策的重点，还应利用长期护理保险的试点和制度完善，吸引和培养企业、社会、学生、社工等多方面人才从事照护服务职业，并构建义工服务机制，扩大照护服务行业人才储备和劳动力供给。二是建立统一的长期护理医护人员的技能培训和培养制度。可探索采取医疗卫生从业人员在长期护理保险机构实习、兼职的方式，提高照护机构医疗服务能力。三是建立规范化的职业技能培养和表彰制度，增强照护服务岗位的吸引力。

## 2024 年 4 月 CAFF50 动态

1、4 月 2 日，养老金融 50 人论坛秘书长、中国人民大学董克用教授应邀参加“汇贤名家讲坛”活动，围绕“努力做好养老金融大文章”主题开展公益讲坛 2024 年第十讲。

2、4 月 9 日，养老金融 50 人论坛核心成员、西南财经大学经济与管理研究院特聘院长甘犁教授应邀参加第六届长寿时代高峰论坛，并就“我国养老体系发展”发表观点。

3、4 月 13 日，养老金融 50 人论坛核心成员、中欧基金董事长窦玉明，养老金融 50 人论坛核心成员、美国信安金融集团副总裁、中国区负责人钟蓉萨应邀出席晨星（中国）2024 年度投资峰会，并参与圆桌讨论。

4、4 月 16 日，养老金融 50 人论坛核心成员、中国老龄研究中心副主任党俊武应邀参加由中国老年保健协会主办的“2024 首届养老产业发展大会”，并做了银发经济政策解读。

5、4 月 25 日，养老金融 50 人论坛秘书长、中国人民大学董克用教授，养老金融 50 人论坛核心成员、国民养老保险总经理黄涛，养老金融 50 人论坛核心成员、中国老龄科学研究中心副主任党俊武，养老金融 50 人论坛核心成员、清华大学医疗管理学院长聘教授杨燕绥应邀参加财新传媒举办的“中国养老产业论坛”，并参与圆桌讨论。

6、4 月 28 日，养老金融 50 人论坛秘书长、中国人民大学董克

用教授，养老金融 50 人论坛特邀成员、南开大学金融学院养老与健康保障研究所所长朱铭来教授，养老金融 50 人论坛核心成员、复旦大学老龄研究院副院长吴玉韶教授应邀参加由天津市民政局主办的天津市养老金融暨银发经济专题研讨交流活动，并发表主题演讲。

7、4 月 28 日，养老金融 50 人论坛特邀研究员、邮储银行研究员娄飞鹏就“推动金融与养老产业深度融合”接受《中国金融家》记者采访。



秘书处联系人：张栋 Email: [zhangdong@caff50.net](mailto:zhangdong@caff50.net)

---

报：华夏新供给经济学研究院理事长、研究院院长；养老金融 50 人论坛学术顾问。

送：中国新供给经济学 50 人论坛成员、特邀成员；养老金融 50 人论坛核心成员、特邀成员、特邀研究员、联席研究员、青年研究员，存档。

---

养老金融 50 人论坛

[www.caff50.net](http://www.caff50.net)