

中国长期照护的政策选择

杨 团

摘 要：老龄工作提上国家日程已经 30 余年，21 世纪以来，社会养老和社区为老服务亦进入国家政策。但迄今为止，老龄工作从指导思想到政策制定都未将针对失能老人的长期照护服务与养老服务做明确区分。用养老服务涵盖甚至替代长照服务，导致政策靶向不准，结构失衡，人才短缺，致使对失能失智老人的照料严重不足。在中国城乡仅失能人口已近 4 千万人的严峻形势下，“十三五”时期将设置独立的长期照护政策规划提上国家的重大议程，进行政策基础工程建设，已经刻不容缓。

关键词：长期照护 公共服务 老龄工作 社会政策 国际比较

作者杨团，中国社会科学院社会政策研究中心副主任、研究员（北京 100732）。

一、问题与研究背景

长期照护（long-term care，简称长照）是人类社会进入老龄、高龄甚至超高龄社会的伴生制度，是走入长寿时代的人类社会不可或缺的基本公共服务制度。

长期照护的概念起源于西方发达国家并得到广泛认同。长期照护的对象是由于各种原因持续性地丧失活动能力者，而老年人是其中的绝大多数。长期照护的目标是满足这些丧失活动能力者对保健和日常生活的需求，包括从饮食起居照料到急诊或康复治疗等一系列长期的综合性服务。^①

长照的兴起与人口老龄化有着最直接的关系。全球社会正在进入史上从未经历的人口迅速老化的时代，也即普遍长寿的时代。“这种变化是巨大且影响深远的。作

① 裴晓梅：《形式多样的长期照护服务应贯穿养老过程的始终》，《人口与发展》2009 年第 4 期，第 55—58 页；Rosalie A. Kane 和 Robert L. Kane 在 1987 年提出，长期照护是在持续一段时期内给丧失活动能力或从未有过某种程度活动能力的人提供一系列健康护理、个人照料和社会服务项目，其目的在于促进或维持身体功能，增进其独立自主的正常生活能力（参见 Rosalie A. Kane and Robert L. Kane, *Long-Term Care: Principles, Programs, and Policies*, New York: Springer Pub. Co., 1987）。

为不可逆转的客观发展趋势，人口老龄化成为改变未来世界发展的基础性力量，是人类历史上前所未有的“无声的革命”。^①

按照联合国定义，老龄社会、高龄社会（深度老龄化）、超高龄社会（超老龄化）是以65岁及以上人口占一国、一地总人口比例达到7%、14%、20%来度量的。联合国经济和社会理事会的预测显示，从2013年到2050年，全球60岁以上老年人口数量将在8.41亿的基础上翻一番。国际评级机构穆迪在2014年发布报告称，到2015年，全球68个国家包括中国进入老龄社会，年龄逾65岁人口占总人口比率超过20%的超高龄国家有日本、意大利、德国、芬兰、希腊；^②到2020年，进入超高龄的国家和地区将达到13个，大多为欧洲国家，包括荷兰、法国、葡萄牙、瑞典、斯洛维尼亚；到2030年更增至34个，中国香港地区、韩国、美国、英国与新西兰也都将步入超高龄社会。^③

中国在2001年65岁以上人口达到7%，进入老龄社会；约在2025年达到14%进入高龄社会；约在2040年达到21%，进入超高龄社会。^④

全球和中国人口老龄化的时间表揭示了丰富而复杂的内涵。进入长寿时代的人类社会再生产模式、生活方式及社会服务和社会交际的方式都在发生改变。

其中对人类社会最直接也是最不可逆的影响，是老年失能失智人口的发生率随人口老化的速度快速攀升。失能指的是身体器官衰老或病变导致功能的丧失，失智则指从轻度记忆与认知障碍到逐渐呆傻，直至生活完全不能自理的严重的智力致残即老年痴呆症。据统计，75—84岁者的失能率为65—74岁者的近三倍，75岁以上失能率跳增，85岁以上者近半数可能失智，^⑤而且最终走向完全失能。^⑥对于完全失能者，长照服务须臾不可离开，连续性长照成为比吃饭穿衣还需优先的最基本的生活服务。当这部分人口达到一定规模时，“没有任何一个国家能够负担得起缺乏综

① 全国老龄工作委员会办公室总报告起草组：《国家应对人口老龄化战略研究总报告》，《老龄科学研究》2015年第3期。

② 管克江、贾文婷、韩秉宸：《老龄化加速，多国寻求出路》，《人民日报》2014年8月28日，第22版。

③ 《报告预测6年内全球将有13个“超高龄社会”》，2014年8月8日，<http://finance.huanqiu.com/view/2014-08/5100206.html>，2016年3月18日。

④ 杨燕绥：《中国或将提前进入“超级老龄社会”》，《新华每日电讯》2014年7月18日，第9版。

⑤ 据中国台湾地区的统计，失能率在50—64岁为2.36%；65—74岁为7.63%；75—84岁为21.50%；85岁以上为49.86%（参见吴肖琪等：《比较东亚各国之长照需求趋势及政策研究计划期末报告》，台湾地区“行政院卫生署”内部资料，2012年）。

⑥ 据2011—2012年上海一项调查，65岁以上老年人中老年痴呆患病率是6%，80岁以上达30%，90岁以上患病率高达50%（参见《职业失能原因竟是这俩》，2016年5月26日，<http://www.jksb.com.cn/html/news/hot/2016/0525/98772.html>，2016年6月18日）。

合性系统的长期照护的后果。这一系统的主旨应当是对功能发挥已丧失或有严重丧失风险的老年人，维护其功能发挥，这种照护应确保尊重老年人的基本权利、自由与尊严。这就要求对老年人获得正常生活和尊重的权利予以重视。”^① 长期照护是通过人对人的长期持续服务保障体现人的权利的。当这种对失能失智人口长期持续的服务因家庭照料功能弱化，个人难以承受外雇护理费用、现有社会保障制度不能满足需求、市场缺乏提供服务的动力、政府资源也难以独力支撑时，就彰显为这个时代的社会痛点和难点。全球性、成规模出现的失能失智忧患，昭示着构筑人类生命周期终端的安全网成为长寿时代国家、社会、家庭的共同责任。

我国是全球人口最多的国家，一旦进入高龄和超高龄社会，失能人口之巨震撼全球。据《社会养老服务体系建设的“十二五”规划》披露，2009年，我国城乡老年人失能、半失能率达到19.6%，其中城市为14.6%，农村已超过20%。^② 按照失能人口占60岁以上总人口的19.6%计算，2014年，我国的失能老人已经高达4155万人。^③ 2015年7月，中国老龄科学研究中心在《中国养老机构发展研究报告》中指出，2014年年底，我国失能老年人口接近4000万人。^④ 到2030年和2050年，我国的失能老人将分别达到6168万和9750万人。^⑤

此外，我国失智症患者目前约1000万人且每年快速增长，在世界各国中排名第一，^⑥ 65岁及以上人群失智发生率已高达5.9%，其中92%的人从未求医，未纳入失能人口统计。^⑦ 若将失能和失智人口与需要连续照护6个月以上的残障者和慢性精神病人加总，仅在2016年，笔者估计，我国有长照需求的人口至少达6000万至7000万人，再算上其亲属，影响面至少涉及2亿多人。

而我国实行计划生育政策30年来，家庭结构少子化、小型化加速，只有两人的核心家庭比重不断增加，由家庭提供非正式照护的传统模式显然难以为继。不仅如

① World Health Organization, *World Report on Ageing and Health*, Geneva: WHO Press, 2015.

② 民政部：《社会养老服务体系建设的“十二五”规划》（征求意见稿），2011年2月11日，<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/mzyw/201102/20110200133797.shtml>，2016年3月18日。

③ 据唐钧的研究，仅2010年全国失能老人实际总量就已经达到4031万人（参见唐钧：《失能老人护理补贴制度研究》，《江苏社会科学》2014年第2期）。

④ 《中国首部养老机构发展研究报告在京发布》，2015年7月17日，http://www.jshxinhuanet.com/2015-07/17/c_1115961295.htm，2016年3月18日。

⑤ 全国老龄工作委员会办公室总报告起草组：《国家应对人口老龄化战略研究总报告》，《老龄科学研究》2015年第3期。

⑥ 黄兰君等：《失能失智老人养老体系困境及对策研究》，《知识经济》2014年第12期。

⑦ 《中国约800万人患老年痴呆 照护压力加剧》，2012年10月27日，<http://china.caixin.com/2012-10-27/100452859.html>，2016年3月18日。

此,子女被束缚在失能老年人的照料服务上难以就业,失去发展的机会,家庭也在财力只消不涨当中出现各种危机。而子女外出的城乡老年人贫困家庭,“因失能致贫”成为新贫困的主要形式,中西部乡村贫困家庭的失能老年人几乎就是“风烛残年的等死队”。

总之,在我国人口快速老化和高龄化、失能失智人口快速出现、照护需求快速增长和家庭结构变迁的现实下,失能失智风险已经成为国家风险,化解风险的长期照护政策选择和制度设计到了刻不容缓的地步。

本文拟从分析世界各国长期照护的经验教训入手,厘清长照服务的基本属性,以公共服务理论为核心,分析我国长照领域的突出问题并究其根源,提出中国长照政策的方向选择,并建议国家组织力量尽快将长照规划和制度设计列入重大政策议程。

二、长期照护在全球实践中的经验教训

(一) 从补缺走向普惠,从依附走向独立

长期照护制度首先是从发达国家兴起的,其发展历程是一个适应性选择过程,走过了依靠社会救助、社会津贴等补缺性政策、以医疗保险为主的政策,到独立设计和实施的长期照护政策的历程。

第二次世界大战之后,老人照料问题才被发达国家纳入政策视野。在此之前,照料老人被普遍认为是个人或家庭的责任,若家庭无法担负责任时,就得付费购买市场服务或向志愿慈善组织寻求协助,只有在当个人无能为力又无家庭照料时,政府部门才接手收容救济。战后至今,发达国家老年照护制度的发展可划分为初建期(20世纪40—50年代)、扩展期(20世纪60—70年代)和综合调整期(20世纪80年代以后)。^①

在相当长的一段时期内,发达国家的老年服务机构主要以医疗护理为主,财源由政府的社会救助和社会保险体系供给。如美国的医疗救助项目(Medicaid Program)就负担长期照护的主要费用。英国健康与社会安全部(the Department of Health and Social Security, DHSS)于20世纪80年代早期,放宽个人资产家计调查标准。使中低收入户老人容易获得社会救助体系的补助而住进机构,造成护理之家和私人办老年之家的快速成长。^②德国需照护的老年人多数选择护理之家,从养老

① 裴晓梅、房莉杰:《老年长期照护导论》,北京:社会科学文献出版社,2010年,第48页。

② 参见吴淑琼等:《建构长期照护体系先导计划第三年计划》,台湾地区“内政部”内部资料,2003年。

年金中自行负担照护费用，但照护费用上涨速度远比年金增加额快得多，缺口越来越大，导致机构照护费用的一部分甚至全部都要依赖社会救助制度的支持。社会救助费用年年增加，其中约三分之一被用于照护费用方面的补助。1992年，德国社会救助支出总额426亿马克中，有34.5%即147亿马克用于照护医疗救助。^①

这让区分照护需求与医疗需求成了关键。失能失智老人大多数只需要简单的医疗服务，更多的服务是生活照顾及健康护理，却很容易以疾病治疗方式住院治疗，付出高昂的住院费用并长期占据医院床位，形成“社会性住院”普遍化，公共医疗费用急剧上涨，各类社会保障资金告急，财政压力巨大。事实上，没有治疗价值的失能老年人住院治疗，对医疗保险体系是巨大威胁。医疗保险的参保人员常常以医疗护理的需求把照护服务成本带入医疗保险和医疗救助。尽管医保基金支付这些费用合法，却很不经济。迫于支付日趋增长的长期照护费用的巨大压力，先期进入老龄社会的发达国家群体不得不另辟蹊径，在传统社会福利政策之外寻求新的政策途径。

第一种途径是设立独立于医疗保险的长照保险制度。这主要是实行社会医疗保险制度的国家。将长期照护保险从针对疾病治疗的医疗保险制度中分离出来，正是基于合理的制度设计必须降低总成本和边际成本的考虑。德国、日本、韩国分别于1994年、2000年、2008年设立长期照护保险法，更有荷兰自1967年通过、1968年实行的特殊医疗费用支出法，实属全球最早设立的长期照护保险，实施了保费收入、服务使用者的部分负担费用及政府的税收补贴共举的制度。荷兰不仅筹资共举，保险人也多元，即长照保险提供者是向健康保险局注册的多家私人保险公司，民众可自由选择任何一家保险公司；给付方式也多元，有实物给付（长期照护提供者直接提供服务）、现金给付（允许被保险人用现金购买服务，且不限于长期照护提供者，包括其他愿意提供服务的家人或朋友、邻居及亲戚）及混合给付。^②

第二种途径是在长照领域推行分权治理的改革，中央政府要求地方政府多承担财务责任。这种改革主要出现在实行国家卫生服务体系，以公共财政担当主要责任的欧洲国家。

英国政府1990年通过“国民保健服务与社区照顾法案”（National Health Service and Community Care Act），中央政府不再依据照顾提供量而以定额补助（block grants）方式补助地方政府，财政赤字则需地方政府自行吸纳，借此发展各

① 参见吴凯勋：《第五种社会保险：兼论“高龄化社会”与“长期照护保险”》，台湾大学公共卫生研究所内部资料，1997年。

② 林建成：《荷兰长期照护保险制度的启示》，《全民健康保险（双月刊）》（台北），2014年9月号。

地适应民众需求及省钱的服务策略。^① 瑞典自1992年起,将提供老人长期照护服务的主要责任转给地方政府,由地方自治区自行筹措费用的90%,中央只承担10%。自筹经费激励了改革,之后一年,瑞典医院超长住院的使用率下降50%,机构式服务也出现下降的趋势。^②

而美国这个以商业医疗保险为主体的国家,在长期照护制度上仍旧选择商业照护保险制度。2010年奥巴马政府医改期间,推出了一项长照保险计划——社区生活援助服务及支持计划,试图为广大中产阶级老年人提供长照保障,但是该计划推出19个月后被放弃了。其原因主要是保险计划的制度设计出了问题:一不具强制性;二规定的最低缴费期限只有5年;三保费偏低,投保人都是有明显长照需求的高风险人,产生了严重的逆向选择风险。^③

以上的各种长照筹资制度尽管方式做法不同,国家担当责任的程度不同,但本质上都是提出一揽子规划。无论社会福利性的税收筹资还是社会保险性质的三方筹资,都是国家应对深度老龄化社会失能失智风险的政策选择。^④

尽管长照筹资政策在长照制度体系中的地位十分重要,却不可能脱开长照服务政策和制度而单独存在。长照政策中,服务和筹资被称为双要素融为一体的一个核心。各国的经验证明,若对服务本身、服务的递送缺乏全面周到的理解、规划和配置,长照筹资制度不仅不能发挥预期作用甚至还会陷入泥潭。

(二) 服务递送模式的变迁

决定长期照护服务供给的效率和效果的关键是服务递送模式,它不仅要适应长照对象的需要,还要综合考虑服务资源的配置是否节约和有效。

早期无论哪一种长照筹资模式,都主要采用机构服务满足长照需求,但并未获得满意效果。这是因为养老金改善了老人的经济能力,再加上教育水平提升,促使老人独立自主生活意识高涨,强烈希望回归社区;同时,新型科技的发展增加了功能障碍者留住家庭的机会。失能程度不高的老人,未必需要机构的密集照护,而机构照料财政负担沉重,致使以国家税收支撑社会福利体系的北欧国家率先提出“在地老化”(aging in place)政策,即尽可能协助失能者留住家中,过独立和常态的生

① 参见吴淑琼等:《建构长期照护体系先导计划第一年计划》,台湾地区“内政部”内部资料,2001年;吴淑琼等:《建构长期照护体系先导计划第二年计划》,台湾地区“内政部”内部资料,2002年;吴淑琼等:《建构长期照护体系先导计划第三年计划》,台湾地区“内政部”内部资料,2003年。

②③ 参见 OECD, *Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution*, Paris: OECD Publishing, 1996.

④ 郑秉文:《老龄社会对社会保障的挑战》,“第八届社会政策国际论坛”会议论文,北京,2012年7月。

活。这个政策目标一经提出，各国争相引用，成为所有发达国家认同的目标。

北欧发生了长照递送模式的结构变化。1984—2008年，北欧65岁以上老人住在机构的比例，丹麦从7.2%下降到5.0%，芬兰从6.7%下降到5.4%，瑞典从9.5%下降到6.4%。下降的部分被社区式居家服务替代了。机构长照中利用医院和医疗护理的模式也向社区型老人院转变。机构入住者从一般失能者转变为失智老人占八成。^① 居家服务的支持政策也从只强调广覆盖到更强调密集度^②转化，甚至对家庭的非正式照顾者发放补贴也要考察密集度。显然，深度老龄化导致重度失能失智老人持续增长，致机构和居家的长照服务都更加对准程度更深的失能失智老人。

不仅北欧国家，其他国家也都纷纷投入长照政策的检讨与改革。加拿大、爱尔兰、新西兰等国，均强调扩大以社区为主的长照服务覆盖。加拿大安大略省提出长期照护“三个信封理论”（three envelopes theory），在住宿、休闲治疗、护理和个人照顾服务三方面，长期照护只负担最后一项服务。^③ 墨西哥着手训练与支持家庭照顾者，期待可减少个案对机构式照顾的需求；匈牙利以限制预算及严格规定入住机构条件来控制机构数的成长。澳洲鼓励轻中度失能者使用居家或社区式服务，仅对重度失能失智者开放申请机构式服务，还扩大照顾者的认定范畴，使家庭成员也被允许提供居家照顾。在财务奖励方面，奥地利、英国和北欧的荷兰、瑞典都透过现金给付或个人预算，让老年人可安排居家照顾并增进其选择权利。^④

不过，推行“在地老化”政策也遇到始料未及的难题，即“去机构化”与照顾服务“非正式化”现象越来越显著。

例如，瑞典在2000年之后，机构床位数骤减了20%，接受居家照护的比率也发生锐减。政府认为长照家庭不想要非正式服务因而发展公共性的居家服务，但实际上由家人、亲戚、邻居与朋友等所提供的非正式照顾服务重新受到重视。2013年，经济合作与发展组织（简称OECD）的35个市场经济国家中，50岁以上的民众为家人或朋友提供非正式照顾服务的比率平均约有15%。2006年，芬兰通过“家庭照顾法”，为家庭、亲友的非正式照顾者提供津贴与喘息服务。

（三）照护人力短缺成为常态

长照制度是人照顾人的制度，最大的资源是人力。资金、设施、物资都是

① Teppo Kröger:《北欧的长期照护》，《老人院》（“中华慈善总会”长期照护联盟专业委员会内刊）2011年第2期。

② 即对服务对象服务时间的密集程度。以重度失能老人需要每日服务几小时为度量尺度。

③ 参见吴淑琼等：《建构长期照护体系先导计划第三年计划》，台湾地区“内政部”内部资料，2003年。

④ 参见OECD, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris: OECD Publishing, 2011; 吴肖琪等：《比较东亚各国之长照需求趋势及政策研究计划期末报告》，台湾地区“行政院卫生署”内部资料，2012年。

对照护人力的物质支持。在人力成本不断提升的现代社会，将照护的人力成本保持在一定水平并非易事，加之长期照护作为一种专业服务并非所有人都可以胜任，导致一些国家尤其是发达国家迄今仍不同程度地面临照护人力短缺的问题。

为缓解矛盾，不仅实施长照保险的荷兰、德国、卢森堡、韩国，就连实行税收制的瑞典、挪威、芬兰也都为提供服务的家属提供照护津贴等现金补助。

针对本国老龄化程度加深，外籍人口过度进入长照行业，从业人员日趋外籍化的问题，德国颁发《老年护理职业法》，鼓励德国能工作的老年人、妇女和年轻人参加免费护理培训成为从业人员。^①日本的外籍长照人员也很多，但尽管如此，仍然无法减缓因长照不足而离职回家的现象。过去十年间，因照顾家人而被迫离职的人数每年至少有8万至9万人。最新数据显示，目前这类人数更攀升至每年10万人。2015年，日本长照的人力缺口至少达到38万人。甚至白天工作、晚上照顾家人的“隐形照护”人数已高达1300万人。

尽管日本的长照保险支出已占GDP的1.4%，相当接近OECD国家的平均水平，但是面临长照人力长期短缺的窘境仍无能为力。

（四）建立政府主导的长照服务监管制度

为保证长照市场规范有序运作，各国都建立了比较完善的监管体系，对长照对象的分类分级即服务资格的准入、服务的原则和质量标准、机构的质量管理等做出明确的法律规定。长期照护服务的监管主要由中央政府负责，例如，德国主要是联邦卫生部、中央长期照料社会保险基金联合会和联邦长期照料服务机构联合会。美国由政府制定标准，并与社会保障部门一起对服务提供商进行监管，同时设置长期护理监察员和严格的年检制度。日本的长照监管由中央、县、市负责：中央负责制定政策，并对地方项目开展监督；县为服务提供者发放许可证并进行检查；市政府负责计划和管理保健与老年人的福利项目，同时也是长期照护保险的保险机构。^②

三、我国老龄政策的回顾

自1949年以来，我国的老龄政策经历了三个阶段。

-
- ① 方嘉珂：《德国养老新动向——公司化 保险化 法制化 外籍化》，《社会福利》2009年第7期。
- ② 张云英、王薇：《发达国家和地区空巢老年人长期照护的经验与启示》，《社会保障研究》2012年第6期。

（一）家庭供给为主，国家负责赡养城乡“三无”^①人员（1949—1982）

新中国成立初期，百废待兴，政府主要致力于解决人民群众基本的生活保障问题，老年人服务无论城乡都以家庭为供给主体，国家政策覆盖的服务对象和内容都非常有限。^② 20世纪50年代末，城市“三无”老人的养老问题日益凸显，国家开始推动福利企业和公办福利院的发展，为他们提供救济型的养老服务。到1964年，全国的社会福利机构733个，近7.9万“三无”老人被吸纳到城镇福利院。^③ 在农村，对“三无”老人采取了由村庄的生产队提供五保即“保吃、保穿、保医、保住、保葬”的方式，这些老人史称“五保户”。

（二）社会养老与家庭养老相结合，推动社区养老服务（1982—2006）

20世纪80年代，随着市场经济体制的改革和计划生育政策的实施，伴随着家庭结构的小型化和核心化，我国开始逐步进入老龄化社会。当国企改革、提前退休和下岗潮袭来时，社区拥塞了大批中年人和少老人，社区服务的需求日益凸显。适应这一社会转型，1982年全国老龄工作委员会成立，初步形成了从中央到地方的老龄工作网络。1983年民政部提出社会福利社会化的发展思路，推动社会力量举办福利机构，社区推行福利性为老服务。1992年，中共中央、国务院发布了《关于加快发展第三产业的决定》，“居民服务业”成为我国第三产业的重点发展项目。在此背景下，《中国老龄工作七年发展纲要（1994—2000）》出台，提出“要坚持家庭养老与社会养老相结合的原则”，“扩大社会化服务范围”，“扩大老年社会化服务”。1996年，《中华人民共和国老年人权益保障法》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，也为而后提出居家养老政策奠定了基础。

这个时期，市场体制正在冲破计划体制的束缚，教育、卫生领域的产业化、市场化呼声高涨，这也推动“社会福利社会化”浪潮中涌现出一大批个体户和企业自办的老人院。对于这些民办养老机构，政府既无规划更无管理，致使民办老人院良莠不分，恶性竞争。1999年，民政部颁布的《社会福利机构管理暂行办法》，打破了这一被动局面，要求民办老人院向规范化迈进。同时，民政部门开始成为发展社

-
- ① “三无”即无劳动能力、无生活来源、无赡养人和扶养人或者其赡养人和扶养人确无赡养和扶养能力。
- ② 对于新中国成立前参加革命工作的离退休老干部，国家实行长期供养、休养等养老服务。
- ③ 参见董红亚：《中国社会养老服务体系建设研究》，北京：中国社会科学出版社，2011年。

区服务包括为老服务的主体力量，老龄委作为国家应对人口老龄化问题的协调部门，开始发挥作用。

当时城镇老人院和社区为老服务的对象，大部分是 50 多岁提前下岗人员，他们更需要生活、医疗和文体服务，社区社会组织因而有所发展，办起来老人书画会、舞蹈队、体育队等，还形成了多样化的社区志愿者队伍。尽管老年社会化服务做起来了，却缺乏针对失能尤其失智老人的服务，无论社区还是机构，服务的对象大都是健康的中老年人，这与当时高龄老人和失能失智老人总量不高，其服务需求被大量健康中老年人所掩盖有关。卫生部门同期在构建社区卫生服务体系时开展了家庭病床的便民措施，在方便老年人就医、解决住院难的问题的同时开发了家庭护理服务。

(三) 居家、社区、机构互配，长照进入政策视野 (2006 年至今)

2001 年，我国的人口年龄结构正式进入了老年型，人口老龄化速度加快，失能失智人口逐年快速增长，致使对失能失智人口的长期照护问题逐渐引起国家的重视。

2006 年是一个转折点。在此之前，国家的老龄政策是补缺型为主、兼顾普惠型的老年福利政策，在普惠型为老服务体系建设中，尽管提出“国家、社会、家庭和个人相结合”，不过，对象是社会一般老人而非失能失智者，所以，在“十五”和“十一五”两个规划中，都将“老有所养、老有所医、老有所教、老有所为、老有所学、老有所乐”作为主要目标。2006 年，国务院办公厅转发全国老龄委办公室、发展改革委等十部委“关于加快发展养老服务业的意见”，首次提出“养老服务业是为老年人提供生活照顾和护理服务，满足老年人特殊生活需求的服务行业”。“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，“老龄事业‘十二五’规划”明确提出，要“发展适度普惠型的老年社会福利事业”，并将上述居家、社区和机构三者互配养老服务体系的政策概念修正为“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“十二五”规划》，首次将“解决失能、半失能老年群体养老问题”是“加强社会养老服务体系建设的规划指导、培育市场、投资带动和示范引导等方面发挥主导作用，同时，鼓励社会力量参与建设和运营。”显然，这是国家老年人服务政策转型的重要标志。

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”。2015 年 9 月，国务院颁发《关于全面建立困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴制度的意见》，第一次将长期照护对象界定为“因残疾产生的特殊护理消费品和照护服务支出持续 6 个

月以上时间”，且护理补贴“主要补助残疾人因残疾产生的额外长期照护支出”，还提出各类需要长期照护的残疾人都应逐步地纳入政策补贴范围。这是长照政策领域的重要进步。同年，财政部、民政部、教育部等十部委签发了《关于鼓励民间资本参与养老服务业发展的实施意见》，^① 鼓励民间资本举办养老服务专业机构。2016年3月，中国人民银行、民政部等部门单位，签发了关于“金融支持养老服务业加快发展的指导意见”，^② 推动金融资源向养老服务领域配置和倾斜。同年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，积累经验。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）出台了护理补贴政策。^③

自1982年至今，中国的老龄事业走过30多年，从补缺型到适度普惠型，从家庭养老到社会养老，服务对象从一般老人到失能失智老人，服务内容从养、医、教、学、乐到生活照顾和专业护理，尤其2011年以后，将失能失智老年人的照护提上日程，逐步建构相关政策，鼓励企业和社会部门参与其中，养老服务业增加值在服务业中的比重有了显著提升。不过，“现实的挑战依然严峻。养老服务业的发展脚步依然缓慢，养老服务行业的声音依然微弱。”^④ 甚至由于政策效果不够明显，被业内人士称为“起步十年，依然起步”，整个社会对现代老年人服务业尤其针对失能失智者的长期照护行业依然十分陌生。

四、我国长期照护领域的突出问题与原因

我国长期照护领域的问题，无论学术界、实务界还是政府部门，其看法相去不远。

《中国养老机构发展研究报告》指出，我国养老机构存在定位不清、结构失衡、服务滞后、监管乏力等问题。^⑤ 《国家应对人口老龄化战略研究总报告》提出：老龄服务供给总量不足、结构失衡；老龄服务管理体制机制不完善，缺乏顶层设计、统

① 《关于鼓励民间资本参与养老服务业发展的实施意见》，2015年2月25日，<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/201502/20150200777798.shtml>，2016年4月21日。

② 《央行等五部门印发金融支持养老服务业加快发展指导意见》，2016年3月21日，http://finance.ifeng.com/a/20160321/14280700_0.shtml，2016年4月21日。

③ 《民政部：全国26个省区市已出台高龄津贴补贴政策》，2016年8月23日，http://finance.ifeng.com/a/20160823/14787089_0.shtml，2016年8月25日。

④ 王振耀、田小红：《中国养老体制结构转型思考》，《行政管理改革》2015年第6期。

⑤ 《中国养老机构调查报告显示空置率达48% 三成多亏损》，2015年7月18日，http://www.chinadaily.com.cn/hqgj/zgj/2015-07-18/content_13996580.html，2016年3月18日。

一规划；事业和产业的关系没有理顺，政府责任边界不清晰；健全的老齡服务运作机制未形成；老齡服务人力资源结构性短缺。^① 主管老齡事业的民政系统认为，主要问题是养老服务供给能力不足、长期护理保障制度不健全、养老服务业体制机制不完善、养老服务人力短缺矛盾突出。^② 实务界的概括则是四无两缺，即无人专管（无统一的长照管理机构），无章可依（无长照的政策制度和法律条文），无有效的长照服务费用筹集渠道，无长照的相关产业；严重缺乏从事长照的人员队伍，严重缺乏长照服务机构及服务设施。^③

总之，缺服务、缺钱、缺人力、缺制度。

十多年来，政府以直接投资设施和给予各类财政补贴的方式投入老年服务事业。“十二五”以来更是加强了这两类投入，从中央到地方，各级政府以改扩建或新建方式直接投资公办院和社区日间照料中心，并和私人资本合资或合作建设老人院。财政投资因此较之以往成百倍地增长，总体匡算，各级政府和相关部门在老年服务设施上的总投资已经超过千亿元。不过，投入产出的效果并不理想。

到2015年末，全国养老床位数增至669.8万张，每千名老年人拥有床位数达30.3张，完成了“十二五”国家规划的指标，总量比“十一五”期末增长70.2%。^④ 然而，床位空置率却一路上升，2009年为21%，2014年为48%。^⑤ 据悉，2015年的空床率已经过半。

为什么新增床位无人住，政策力度增大效果反而变差？问题到底出在哪里？

从现象看，是结构性问题，新增的床位主要分布在中高端老人院和乡镇敬老院。他们瞄准的都是健康而非失能失智老人，而且出于护理成本的考虑，即便空床也不愿收住失能尤其失智老人。据全国老齡办课题组2009年的调查，我国公办机构收住失能失智老人仅占入住老人的9.3%，近年虽然有所提高，但据笔者了解，城镇公办院和高档民办院失能失智老人平均入住率仅分别为30%和10%。^⑥

① 全国老齡工作委员会办公室总报告起草组：《国家应对人口老齡化战略研究总报告》，《老齡科学研究》2015年第3期。

② 《民政部党组成员、全国老齡办常务副主任王建军就养老问题答记者问》，《中国民政》2015年第13期。

③ 宋岳涛：《对我国实施老年长期照护服务的思考》，《人口与发展》2009年第3期，第57—60页。

④ 参见民政部负责人在2016年全国民政工作会议上的讲话，2015年12月31日，<http://fzxy.bcsa.edu.cn/info/1054/2000.htm>，2016年4月21日。

⑤ 《〈中国养老机构发展研究报告〉：受访养老机构约三成处亏损状态》，2015年7月16日，http://news.xinhuanet.com/fortune/2015-07/16/c__1115948921.htm，2016年4月21日。

⑥ 杨团：《公办民营与民办公助——加速老年人服务机构建设的政策分析》，《人文杂志》2011年第6期。

在结构性问题背后，凸显出政策性问题。一是约占公办机构七成的乡镇敬老院按政策规定原只收住五保而非失能失智老人，新建和改扩建的乡镇敬老院虽然床位增长很快，但老政策加上缺乏护理人员，空床率畸高。^①二是相当部分的中低端民办院设施简陋又难以享受医疗保险政策，虽然接受失能失智老人的比例超过公办院数倍，平均达70%，^②却得不到中等收入家庭的青睐，也存在空置率。^③三是失能失智老人的支付能力不足。中小型民办院月收费是3000—5000元的床位费加护理及伙食费，医药费除外。而大多数城镇企业退休人员人均月退休金为1500—3000元，要支付这笔费用，缺口在四分之一到一倍之间。城镇企业退休人员尚且如此，一般城镇居民和农村居民就更困难了。^④

那么，是否机构收费过高呢？中小型民办院开支的一半是房租。房租不仅属于刚性支出还逐年上涨，挤压了软性的照料服务，致使民办院照料资金普遍短缺，这成为护理人员流动性大、合格率低、服务差、管理粗放等衍生问题的根源。失能失智老人的护理费高于一般老人，多收住失能失智老人提升收费总额又可分摊房租，故中小型民办院愿意收住失能失智老人。中高端老人院的月收费约6000—12000元，其中的公办院舍由政府建设，无需付房租，收费水平即便与同等规模和设施的民办院相似，也可节省一半开支，这也是表面看公办院的收费水平相对偏低的原因。

不过，据2009年对全国161个老人院的抽样调查，无论公办还是民办院，经营收益几无差别。自行填报的盈利机构占4.3%，经营基本持平59.5%，36.2%的机构填报亏损。而在盈利或收支平衡的填报中，超过八成的机构表示利润率在5%以下，仅有个别机构在10%以上。^⑤可见，考虑到各类机构的成本结构不同，例如公办院的管理成本较高，当下的收费不能算高。^⑥

再看财政补贴。补供方的补贴有老人院床位建设费，还有与床位高度关联的运营补贴和对从业人员的补贴。长期固化在床位上而且多重叠加、逐年增长的补贴是

①② 中国老龄科学研究中心课题组：《全国城乡失能老年人状况研究》，《中国残疾人》2011年第2期。

③ 民办院也有特例。1997年被评估为全国第一家非营利服务机构的天津鹤童老人院，自1995年创建以来始终坚持为失能老人提供长照服务，20年来在全国设立了8家老人院，全部收住中重度失能老人，因服务专业、规范和按成本收费，致使入住率一直保持在95%—100%。在鹤童的带领下，以民办中小型老人院为主成立了全国长期照护联盟，他们相互交流服务技能和管理经验，致使参加联盟的大部分收住失能老人的机构入住率均达90%左右。

④ 唐钧：《失能老人护理补贴制度研究》，《江苏社会科学》2014年第2期。

⑤⑥ 中国老龄科学研究中心课题组：《全国城乡失能老年人状况研究》，《中国残疾人》2011年第2期。

发给机构的，并没有对准失能失智老人的长照服务。^①

补需方的补贴是对老年人的直接补贴，分成高龄补贴、养老服务补贴和护理补贴。2014年，财政部下文要求各地政府要“因地制宜地制定经济困难的高龄和失能等老年人的补贴政策”。执行中，各地政府往往理解为补贴须以城乡低保、五保为基础，在其中再选择高龄、失独和失能者发放。这样一来，长照补贴成了给予社会救助对象的特惠政策而并未对准全体失能失智老年人中的中低收入者。

这不仅混淆了长照和社会救助的不同政策对象，大大缩小了长照政策涵盖的范围，还因为对社会救助对象补贴叠加导致政策执行出现明显不公平现象。此外，一些地方政府对于养老服务补贴的使用不做限制，补贴换成的老年服务券可购买食品、药品、订报和支付餐饮、家政、理发等费用，并不规定用于照护服务。这类补贴只能算作老龄或高龄补贴，不具备长照服务补贴的意义。

应该说，政府对长照的投入从补贴入手，形式比较灵活，便于调整。不过，由于缺乏对补贴制度和调整机制的整体设计，导致补贴多重，目标不清，标准叠加，效果不彰。

综上，无论设施投资还是财政补贴，国家投入长照的资源均未收到预期效果，未对准中低收入的失能失智老人，其原因如下：

一是政策上将养老和长照混为一谈。我国的长照政策出偏的主要原因与发达国家不同。尽管在表现形式上似有相似之处，即长照政策不独立，依附于社会救助或医疗保险制度，不过，发达国家长照政策的依附性出于制度性原因——其社会保障制度已经很成熟，将长照服务带入这些成熟制度的门槛低，成本低，只是后来发现用医保基金支付长照费用边际成本太高，太不经济，社会性住院无法控制，才下决心将长照的筹资支付体系从医疗保险制度中分离出来。而在我国，长照出偏的主因在于观念：将养老和长照混为一谈，在大多数情况下，养老服务完全成了长照服务的代称。观念的混淆必然带来政策焦点不清，政策导向出偏。

养老是中国传统语汇，“养老”与“送终”往往连在一起，用于表示家庭对老年人应尽的义务。所以，“养老”是家庭伦理，泛指所有的老年人，并不特指失能失智老人。我国自颁发老龄事业发展规划以来，三个五年规划的总目标都对准的是健康老人。“十二五规划”首次提出“要研究探索老年人长期护理制度”，“十三五规划”继续提出“要探索建立长期护理保险制度”，但都没有将长期照护作为独立于健康老人养老的综合性服务制度。有学者明确提出体制转型应该重在两者间的平衡发展，^②不过，仍未跳出养老体制这个中国式传统概念。

① 本刊编辑部：《长期照护化解老年人照料之困》，《老人院》（“中华慈善总会”长期照护联盟专业委员会内刊）2011年第2期。

② 王振耀、田小红：《中国养老体制结构转型思考》，《行政管理改革》2015年第5期。

长期照护是以失能失智老年人为对象、以资金保障支持其服务保障的一整套社会政策体系，尤其在深度老龄化社会是不可或缺的制度化安排。养老和社会化养老服务是面对所有老年人服务的语汇，以这种笼而统之的语汇代替科学的长照概念，必然导致政策对象混淆，政策焦点出偏。

我国老龄工作起步于1982年，并不算晚，当时的老龄工作使用养老和社会化养老服务作为政策语汇，如前所述与政策出台的初始条件有关，但是长期将养老这种口语化的非政策性语言用于老龄尤其长照政策的制定和执行，就无可避免地导致政策焦点偏移和政策演进中的路径依赖。

二是长照领域部门分割，各行其是。政府投入效果不彰的一个重要原因，是我国长照领域政策的制定、实施和管理分属众多部门，各部门对长照的执行理念与重点不一致，管理标准不一，补助条件差异，事权无法统一，资源难以统筹，服务零散切割。例如，民政部门负责机构设施以及人头补贴，主要遵循民政传统的社会救济原则，不能普惠，也不覆盖失能者的医疗服务；人力资源与劳动保障部以医疗保险为原则，医疗的护理才准予纳入报销；卫计委推进社区卫生服务，只管巡诊入户打针喂药，其服务不覆盖失能失智者的生活照顾，也不关注低收入者；残联只注重对重残者的生活补贴和长照护理补贴，无力自行设立服务。

而部门合作的例子如“医养结合”，^①由于政策导向不明，执行效果并不理想。民政系统强调传统的民政救助对象而不是功能丧失的中低收入老人；卫生系统强调失能失智老人是病人，要上医疗护理、进医保，并未把失能老人当作需要生活照料的普通人。两个部门都更关注从国家拿资源，争取财政补贴，却都比较忽视对政策资源使用效率的评价。

三是缺乏建设长照体系的政策工具。长期照护是涵盖生活照料、护理与康复、服务补偿、设施设备、评估评价、信息系统等多学科、多领域的专业化、系统化的制度体系，要实现建设长照制度体系的目标，就必须设置与其目标相适应的各类政策工具。政策工具建设的匮乏正是多年来长照体系难以成长，难于从养老体系中独立的重要原因。

具体表现：第一，缺乏统一的长照对象准入机制的科学评价系统，对于失能失智老年人没有统一的分类、分级标准。迄今为止众多老人院还只是将失能分为半失能和全失能两类，基本健康的老年人也常常被划入半失能之列，失智被混在失能之中，没有设置概念和分类分级标准。可是，长照体系中的生活照料是技术性和专业性极强、精细度和精准性很高的服务，每个生活照料服务项目按分秒计算，并因对

^① “医养结合”源自民办机构与社区医院合作为入住老人报销医保，后演化为老人院引进医护人员或医院办护理院，老人被视为重病号，医生查房、诊断，护士打针、配药，护理员做生活护理。

象不同而不同。鹤童老年服务集团在汲取德国、奥地利长照技术的基础上，自 2000 年起就不再以主观性强的老年失能评估量表（EDAS）评定老人照料等级，而是按照客观的照料时间密集度分级。每天超过 20 小时连续照料时间的，就是极重度。这样的老人，由护理员三班倒进行机构式服务照料才是最适当甚至最节约资源的方式。对重度失能失智者而言，机构照料不是补充而是必须。而照料时间居中等、家庭又有人协助照料的，可以配置居家服务。以失能失智老人的分类、分级的科学评估为依据，为他们选择居家、社区日照或者机构照料是长照体系建设的科学基础，也是当前政策推行的主要瓶颈。

第二，缺乏识别和评估机构以及社区和家庭长照状况和质量的科学评价指标体系、支撑这个体系的长照需求与供给数据的信息系统。没有各地区不同失能失智不同等级程度的老人数量以及他们在长照上的花费水平、为老服务的各类设施的使用率和满意度等重要数据，就无法判断现行政策的可及性与可得性，那么，提升各类资源投入的效益和效率、进行科学的政策选择和政策改善就不啻陷入空谈。

2015 年，国际劳工组织曾构建了一套识别和评估各国长照状况的指标体系，其中，以未得到政策性长照保护的老人所占比例来衡量长照覆盖的政策性缺失；以个人在长照上的直接花费^①衡量长照的可负担性缺失；以基于来自美洲、亚太、欧洲和非洲的 34 个样本国家的关于长照公共支出（不计个人支出）和总人口长照支出中位数的加权值之间的比较来衡量筹资的缺失。这个加权值在 2015 年是每位 65 岁及以上年龄的老人对应 1461.8 美元，^②即将每个国家长照公共支出的总量分摊到 65 岁以上的每个人，与上述数值的差距就是筹资的缺口。我国若按照这个尺度衡量长照的公共支出，缺口之大可想而知。因此，我国必须研发自己的长照统计和评估模型，在大数据分析基础上做出适合国情的政策选择和政策标准。

第三，缺乏对于长照人力进行社会补偿的科学标准和国家规范，致使公共财政用在长照的资金再分配上存在严重的不公平现象，且护理费用的增长速度正在超出个人和家庭的支付能力，补偿与需求并没能真正匹配。^③

第四，缺乏对长期照护人才队伍培养的国家标准，包括专业照护者的认证机制、照护服务的规范或指南。

这些政策工具的缺乏，正是我国长照服务专业化水平长期在低位徘徊的根源。

当政策目标确定后，实现目标的方法就起决定性作用。因此，需要从原则指导

① 用于长照的花费占家庭总收入的比例的平均加权数 = 用于长照的花费占家庭总收入的比例的加权数 / 为长照服务（包括居家和机构照料）支付费用的总人口。

② Xenia Scheil-Adlung, Extension of Social Security: Long-term Care Protection for Older Persons: A Review of Coverage Deficits in 46 Countries, ESS - Working Paper, No. 50, 2015.

③ 裴晓梅：《建立长期照护体系有现实障碍》，《健康报》2016 年 4 月 25 日，第 6 版。

性的长照政策转型为专业规划和专业设计指导下的长照政策，即进行社会政策知识生产体系的转型。

国家投入长照的资源未达到预期效果，除上述原因之外，还需进一步检视我国社会政策的理念和定位。社会政策是面对和解决各类社会问题的多层级多学科的复杂系统。社会政策的确应该具有最后一道防线即“底线”政策的意涵，但不宜将社会政策窄化为单纯的“底线”政策、矮化为单一的“救助”政策，而要针对不同领域的不同问题，形成理念、目标和方法的统一体。中国长照作为全球高龄少子化环境下回应中国巨型失能失智老年人照护需求的社会政策，更需要融入经济政策、科技政策和文化政策，全社会共同努力，寻求理念、目标和方法统一的创新途径。

五、中国长期照护的政策选择

讨论长期照护的政策选择，先要辨析概念、厘清认识，统一语汇。

我国关于长照的词汇都是从英文单词“long-term care”翻译过来的。这个词的中译有多种，其中，长期护理偏于专业医疗护理，长期照料偏于家庭事务，而长期照护可涵盖专业生活护理、专业康复和必要医疗，以及支持家庭和社区提供的多种形式的照料与护理。更重要的是，长期照护不能简单等同于长期加照护，时间维度在长期照护定义中只占一部分，而服务才是本质所在。“长期照护体系不同于以往中国社会通过文化、孝道、家庭、血缘承建起的家庭照料，而是一个在特定的经济、政治、文化和社会背景下，由不同的社会部门所构成的现代社会的一种制度性安排(institutions)。”“institutions 这个英文词汇不可翻译成机构，它所表达的是制度建构制的整合性体系”。^①下文以长期照护作为本土化的统一名称，用以讨论长照的政策选择。

（一）宏观层面

长照在宏观层面的政策选择有四：一是定位，二是目标，三是资源筹措，四是结构优化。

1. 长期照护应该定位为公共服务产业

在长期照护领域，市场化、产业化呼声甚高，同时与之对垒的非营利化的呼声也很强烈。笔者认为，长照的社会政策选择，应该明确定位于长照是一种公共服务，长照市场是公共服务市场，长照产业是公共服务产业。

纵观全球，长期照护都在从传统的个人风险的、无偿的、单纯家庭性质的个人服务，向社会风险的、有偿的、社会性的服务转变。个人不再是长照费用的唯一承

^① 林艳：《长期照护 ≠ 长期 + 照护》，《人口与发展》2009年第3期，第60—63页。

担者，而是政府、社会与个人共同分担费用。长照从私领域的服务转为公领域的社会公共服务，正在成为全球各国的社会政策共识。

将长照明确为公共服务，首先是从全球社会的视角看，老龄社会发生如此大面积的失能失智人口照料，是任何私人市场、^①私人产业都无法担当的。

将长照明确为公共服务，跨越了“公”与“私”分立和分离的传统观念。个人不再被视为与“公”对立的“私”的代表，而是能集聚成“公”的自由个体。在这个意义上，公共服务是一种拓展了的个人服务，即提供给集合体享用的个人服务。问题是，公共服务的提供过程同样需要市场，这个市场与私人市场的区别是什么？在市场中运营的长照行业可以营利吗？

著名公共经济学家、新公共管理学派带头人埃莉诺·奥斯特罗姆创建的公共服务产业多中心理论，揭示了公共服务可以称为产业并在公共经济市场中运作的规律。埃莉诺·奥斯特罗姆提出，公益物品的供给过程的确存在类似经济产业的那种常规生产的组织方式——具有相似技术和生产方法，并由一组确定的个人共同消费。公共经济和公共服务产业的基本问题与私人经济和私人产业有本质区别。将私人企业已签约生产的方式引入公共服务只能算作是一种形式，而不是实质。实质在于必须根据不同的公共服务行业的不同性质、运用这些服务的不同环境制定具体和明确的制度规则、可信承诺和评估监督的准则，形成提供方、生产方、受益方三者之间的链型关系体系，以求得达致公共服务的运营目标。^②

由此，我们可以解析公共服务的长照与私人雇请保姆的服务的本质不同。私人服务的市场供需结构由供给方（生产方）与需求方（出资方）两方构成，公共服务的市场结构出现了三方，即提供方——负责长照服务的规划、融资、安排生产、管理、监督；生产方——适应提供方的要求，接受委托、或购买或直接生产服务，并按照数量和质量要求将服务输送给用户；受益方——失能失智者和他们的家庭组成的用户群体提出对服务的需求，并且在服务过程中与生产方协同生产，以求获得更好的服务效果。这就是说，公共服务市场的供需结构既不同于私人市场，也不同于政府直接操控的行政性市场，而是以新的供需结构关系形成的公共经济市场。这个市场的三方即提供方、生产方和受益方的结构都是多元性的。例如长照的提供者可以是中央政府、地方政府、有关政府部门甚至街道、乡镇、社区，只要其能够提供统一的规划和资源配置，承担起提供方的责任；长照的生产者可以是企业、非营利组织、社区非正式组织甚至家庭，只要其具有长照服务的设施、组织长照生产的能

① 参见唐纳德·凯特尔：《权力共享：公共治理与私人市场》，孙迎春译，北京：北京大学出版社，2009年。

② 文森特·奥斯特罗姆、埃莉诺·奥斯特罗姆：《公益物品与公共选择》，迈克尔·麦金尼斯主编：《多中心体制与地方公共经济》，毛寿龙译，上海：上海三联书店，2000年，第99—118页。

力特别是足够的人力资源；长照的需求方是失能失智的老年人、需要6个月以上连续照料的残疾人和一次性受伤者和他们的家庭。显然，这种多中心的多元的供需结构关系，让各方都有直接参与制度构建和制度选择的可能，这样的长照公共服务市场只要组织得好，应该能够出现超越私人市场长照提供的丰富性和创新性。

具有社会公共服务性质的长照是要市场化和产业化，但不是私人市场化和私人产业化，而是公共服务市场化和公共服务产业化。长照公共服务市场和公共服务产业并不排斥私人企业和私人服务，而要在长照的整体规划下，将私人企业和私人服务纳入委托、外包、购买等多种公共服务的制度安排中去。这就是说，无论公司还是非营利组织，都可以在国家的统一规划下兴办长期照护服务。这种长照运营即便是公司运作也不能以营利为目的，必须遵循国家规定的政策规范和标准。在这里，非营利化并不特指非营利组织，不排斥私人企业，而是作为长照组织或机构运营目标和原则的一种技术表达。

以公共服务产业理论检验我国长照的现实状态发现，放任工商资本进入长照领域，建设大批高档老年公寓造成大量床位空置，是错将长照视为营利的私人产业而非公共服务产业，放弃了政府作为公共服务提供者的规划责任；大批老人院服务于并非失能失智的健康老人，并没有针对长照这种特殊公共服务的需求对失能失智老人进行分类、分级，制定具体明确的服务规则，这应该归咎于公共服务产业的提供者——政府未能尽责。长照公共服务体系规划设计对于每个家庭及家庭中每个人的生活质量都会产生重大影响，必须清楚地界定服务对象、服务内容的标准和尺度，因为这直接关系到最终的支付补偿。在长照需求的群体十分庞大与照护资源十分有限的矛盾下，国家的长照规划如何判定需求与供给能力的差距，如何选择具体的政策覆盖面以及支付形式和支付比例，是对长照公共服务产业能否常态运营的重大考验。

2. 长照在地化应成为长照政策的基本目标

从社会政策的视角考察，“居家为基础，社区为依托，机构为支撑”以及上海、北京两地养老服务“9064”和“9073”的比例（家庭养老90%，社区日照6%和7%，机构养老4%和3%），只是一种原则表达而不是专业性的政策选择。至于何谓“基础”、“依托”、“支撑”，它们之间是什么关系，并不清晰。以这种模糊性原则指导各地的长照实践，效果自然也很模糊。尤为严重的是，一些地方不做基础数据的调查统计和分析，就照猫画虎地将本地失能失智老人占全体老年人口的比例认定为10%，还以这个数据为依据，进行机构和社区老人院床位的规划和投资，致使大量公共资源被浪费。

鉴于中国预计到2040年将进入65岁以上人口占总人口20%以上的超高龄社会，长照将是中国现在及至未来上亿老年人的重要福祉所在，制定一个符合中国国情、能充分调动各类主体积极参与，社会与国家共同治理的长照目标势在必行。这个目标就

是长照在地化，即在本社区内“就地老化”——让60岁到100岁、生活自理程度从高到低的老人，在晚年生活各阶段不同需求的所有服务不出社区即可得到动态的满足。^①

3. 长照筹资是否走向社会保险方向应慎重决策

长照筹资制度的政策选择牵涉最广也最难决策。目前，全球的选择大体趋于多元福利和社会保险两类走向。选择的难点主要集中在筹资的制度成本和可预期的程度上。大多数国家选择了多元筹资制度，即以财政为基础的各类长照补贴+现有制度调整+家庭付费+社会支持。这类政策的好处是制度成本低、政策调头快，出了新情况可随时调整和纠正，问题是不稳定，短期效应。而新设长照保险似乎可以一揽子解决筹资难题，不过，制度成本高，保费增长难于预期，尤其是政府一旦被绑上保险战车就难于回头，重重难题只能抛给后代面对。所以，尽管很多国家都想用保险解决问题，但是迄今为止，设立长照保险制度的国家全球不过五六个，还都是社会保险制度很成熟的国家。^②目前，长照保险的国际教训多于经验，特别是未进入深度老龄化的国家尚有很多未知因素有待观察。而深度老龄化的发达国家其非正式照护已占长照总量的80%，大部分成本不由保险支付，而主要由长照保险支付成本的正规机构型长照服务只对准重度失能和家庭难以照护的失智老人。

说到底，长照与其他社会保险制度性质不同，面对的风险是不可逆的人的衰老的自然风险，是服务者对被服务者能否长期可持续服务的风险。长照保险费偿付的主要是人的服务成本而非设施、药品等物质耗费。无论哪种服务递送方式，长照服务的时间密集度都较高，需要能提供长时间、连续性优质服务的人力资源。这导致照护人力成了世界各国长照体系建设中的最大难题。现在，全球的高科技都在研究机器人和物联网如何部分替代人的长照服务，不过，无论技术如何发展，在长照制度中，服务的提供永远排在第一位，资金永远是保障服务得以实施的手段。

4. 国家应设置专门机构以整合多部门涉长照业务

众所周知，长期照护体系是一个多部门参与的多目标复杂系统，只就照护谈照护，所有的着力点都在照护本身上，就看不到与之相关的众多因素。打破部门分立这一制度性障碍，改革现行体制，解决例如民政与卫生部门无序竞争导致资源重复浪费等问题，建立多部门多目标在长照体系中共处共享的系统，是重要方略。为实现这个方略，建议设立专门机构（譬如国家长期照护服务管理局），整合跨部门行政资源和社会相关利益的代表。同时，加强全国老龄委议事协调功能和与国家长期照护专门机构的行政连接，力争达到长照体系的政策通过一个体系“一口进出”的目标。

组织整合中还要注重创新。尤其要整合目前民政、卫生两大部门各自设立的养

^① 裴晓梅：《形式多样的长期照护服务应贯穿养老过程的始终》，《人口与发展》2009年第4期，第55—58页。

^② 戴卫东：《国外长期护理保险制度：分析、评价及启示》，《人口与发展》2011年第5期。

护型、医疗型甚至住宅型老年服务机构及社区日间照护和社区卫生服务中心将困难重重。这就需要高屋建瓴，从国家长照政策规划的高度，将长照与现行的卫生政策、社会保险和社会救助政策及其相关的社会保障制度相衔接，明确划分老年服务机构的政策分类和政策支持重点，并且重点开发国家级的统一的失能失智老年人分类分级评估标准、各类长照方式的质量规范、专业培训规范和服务质量监督机制等政策工具，构筑长照政策的知识生产体系。

（二）中观层面

中观层面的长照政策指的是在宏观政策指导下长照内部不同方面的政策实施，也可以是部门或地区按照国家政策制定的政策。

1. 制定以家庭为根、社区为本、基层治理为重的长照社区计划

按照“就地老化”，“长照在地化”的政策规划思维，长照体系既要向前延伸，做好失能失智预防，又要向后延伸，做好临终关怀服务。这就要规划、设计一个能够提供不间断、多样化照料服务的新的社区长照治理体系。即从物质载体的角度，实现家庭—社区—机构的长照连续统，即各类长照服务载体不间断地提供适用的服务和管理；从功能的角度，实现清扫、送餐、买菜、设施维修等生活服务；养生、锻炼、陪聊、就医问药等健康促进服务；生活照护、医疗与康复等长照服务，以及信息咨询、临终关怀等服务。从长照的视角看，这些服务有非专业型、半专业型和专业型；私人服务、准公共服务、公共服务等不同性质，如能通过社区福利、社区卫生服务与长照服务相互契合、无缝链接的总体规划和递送体系建设将其整合，建立理念上可衔接、实践上可操作，各类服务既区分更联系的机制和体制，社区长照治理体系的形成就可以期待了。届时，长照社区计划将成为伴随老年人走完人生最后一程的主要政策工具，长照在地化的政策目标也就实现了。

2. 推动观念变革和社区机构设置的结构改革

实现“就地老化”、“长照在地化”，一要打破长照主要是对机构住院者的服务、是对重度失能失智者的服务的线性思维，树立长照是统领老年人退出生产性岗位的生活规划的多向度思维，将倡导老年人自我锻炼、自理家务、互助合作、开展社区活动作为健康促进、失能失智预防，激发生命活力的重要内容，并与社区现行的这部分工作做政策整合，强化专业性、支持性的公共卫生服务的内涵。二要打破长照机构只有大型化才能专业化、规范化的错误观念，将城乡社区设置的中小型长照机构作为长照在地化的主要载体，加强其专业化水平，使其不仅照护重度失能失智者，还能组织居家照护队伍和开办社区日照中心。三要打破机构服务从生活看护到医疗保健，从住院服务到上门服务统统兼顾的大而全、小而全的习惯，一个社区可选择一两家机构做牵头单位，在充分发挥社区各类组织包括企业、卫生服务中心、非营利组织和社区互助组织为老服务能力的基础上做运筹规划，形成为该社区老年人提

供合理利用各种资源的长照在地化最优方案。

要达到上述目标就要对社区的机构设置做结构性改革。一种方式是在现有民政管辖的社区服务中心内部设置相对独立的长照部门,另一种是独立设置社区长照服务管理中心。这个部门或中心要在社区一级发挥长照公共服务产业提供者的功能,在国家关于长照的统一政策指导下,规划、组织、配置、管理本社区的长照工作,整合各类社区服务机构和统一使用社会保障制度资源,实现长照的分类分级管理,适时、适量地给予不同的长照对象所需要的不同功能、不同载体的精准服务。

3. 社区长照计划重在落地

长照服务在社区落地,须设立一整套首尾相接的完整的工作程序和管理秩序:

(1) 全面收集和分析失能失智老人的各类数据

社区建立65岁以上老年人的家庭档案,设置大数据监测体系,对于失能失智老年人的类别和等级及其变动状况、家庭照料的人力和经济可行性等主要指标做收集分析和分类、分级的动态评估,这是建设社区长照体系的基础。

(2) 核算失能失智老年人的照护成本

以大数据分析和其中失能失智老年人的动态评估为依据,计算不同失能失智程度所需要的家庭照护成本,并与其家庭人均收入水平和人力资源可用量作比较,确定每一个失能失智老人可获应得照护,不至陷入照护贫困的资金和人力统合的最低门槛,从而核算出全社区照护不同失能失智程度、不同收入水平的失能失智老人所需的资金,其中,家庭缺乏照护人力也折合成资金统一核算。

(3) 配置支持家庭的长照服务递送系统^①

长照服务递送系统是使长照服务的生产和传递让受照护者更方便得到的过程。服务人员、设施的连贯性和服务时间上的连贯性决定了递送系统的效率。依照长照成本的核算,社区需为不同失能失智程度的老年人设计和选择适配性的长照服务递送方式和照护人力。其中,中度失能的老人需要上门服务,重度失能失智老人需要机构照护,轻度失能者应鼓励他们走出家门、到社区日照中心或者活动中心,以尽可能维持现有水平,不加重失能程度,做好自己生活的主人。对居家、机构和社区日照的服务做出通盘规划和连接、协调,形成一整套帮助失能失智者选择适配性服务的社区长照规划和设计,正是长寿时代无论乡村还是城镇越来越重要的政府责任。

(4) 建立社区长照管理中心

社区长照管理中心是社区长照体系的治理中枢。它并非直接的服务机构,但却与社区各类长照服务机构有着密切联系,拥有对相关政策的执行权力。它负责长照统计、服务规划、资源链接、方式平衡和政策管理。中心需设置长照大数据的调查和监管系统,了解、检查、调整社区内长照对象的连续性、专业性的照料方式安排,

^① 杨团:《以家庭为本、社区服务为基础的长期照护政策探索》,《学习与实践》2014年第6期。

为家庭照顾者提供喘息服务，对失能失智者依照护成本的核算缺口给予公共补贴，与社区各类组织尤其志愿者团队共同形成社会支持网络。

社区长照管理中心尤其要发挥好社区支持家庭长照的作用。家庭与日照中心、卫生中心、社区老人院尽管都是社区长照的生产者，不过家庭长照服务的总量最大，担负的任务最重，社区长照机构只有积极支持家庭，才有可能服务最大多数居民和获得全社区的支持。设置这类具有长照管理功能的社区统管机构，是实现长照在地化、老年人就地老化目标的重要举措，国家制定长照政策规划应考虑选择和支持一些地方先行试点。

（三）微观层面

长照在微观层面的政策选择是指为达到宏观目标，提高资源配套效率，对长照生产者等微观行为主体的行为进行调节、使其充分发挥市场能动性的政策。

1. 放开长照市场、鼓励民间兴办长照服务

长照服务是公共服务产业，但这并不意味着国家控制、私人不能进入。相反，国家政策应鼓励私人企业、社会组织在国家规划下积极进入长照市场做好生产者。为此，在互联网时代，国家应设立长照公共数据库和公共信息平台，充分展现全国和分地区的长照人口总量、不同失能失智程度的等级结构、失能失智人口可承担的长照服务费用水平、各地老年服务机构床位、收住失能失智人口的床位和收费水平等长照供求大数据，同时公布国家规划的长照收费分类指导的价格和国家补贴原则，每年出版长照信息指南，以信息公开披露的方式指导各类主体规划自己的长照生产。

社区长照计划是中国长照规划落地的表现。各地的长照规划和社区计划中，社区兴办的各类中小型民办长照服务机构应该是政策支持的重点。政策要朝向有能力的企业进社区做连锁长照经营而非斥巨资建豪华老人院的方向做倡导，同时力促小微企业、民办非企业单位兴办社区老人院房租、水电等沉没成本压力过大等问题的解决。

2. 统一制定长照补贴政策

要对各地各行其是的老年人服务补贴政策进行政策梳理，明确规定政府给予失能失智老人的补贴属于长照补贴，只能用于居家和机构长照服务费的支付，不可随意使用，还需规定长照服务费的补贴必须以长照对象的动态评估为依据并对执行效果进行一视同仁的政策监督。这将是对失能失智老年人和中小规模民间长照生产者的重要支持。

3. 国家支持长照人力培训

建议“十三五”时期将长照人力资源规划作为重点，一可考虑将长照人力培训纳入国家就业培训政策，护理员基础培训的资金由政府全部支付，分级培训的可部分补贴。二要调动乡村妇女这支沉睡的人力资源大军，并与精准扶贫的政策结合起来，力争形成经济发达与落后地区的区域间不同资源的互补机制，以创新的政策模式解决照护人力资源匮乏的难题。在这项政策上，妇联、共青团等群团组织及民间

慈善公益组织均可发挥突出的作用。

4. 支持社区长照信息系统、长照辅具和住房无障碍改造

社区长照信息系统将是从现在到未来多少代人都要经常使用的利国利民的重要政策工具，应由政府委托统一开发，各地参照利用。为纠正普遍存在的服务提供与利用脱节现象，还应形成完整的社区长照信息服务手册，引导社会认知，尤其帮助老年人家庭提升对可利用资源和政策的知晓度。^① 对于长照床、失能失智老人使用的特殊拐杖和生活用具、功能恢复用具等长照辅具，国内外都有不少创新，推动其产业发展，对就地老化和在地长照将有直接贡献。老年人住房的无障碍改造是国际社会通行的助力在家长照的政策，多国甚至以政府补贴方式推动实施。我国似可考虑出台指导性政策，发达地区可先行先试。

六、结 语

在我国走向深度老龄化、失能失智老年人口快速增长的背景下，事关上亿老年人和家庭现在和未来的生活质量，事关代际融合和国家可持续发展的长期照护专项社会政策规划已经到了刻不容缓的地步。在“十三五”期间制度创新的时间窗口内，长期照护应该作为 21 世纪中国重大的公共服务和民生政策提上国家重大规划议程，并且尽快列入立法规划。

长照进入国家重大政策规划，需要观念和理念的革新，要破除照顾老人只是家庭和私人的责任，应由市场解决观念，树立长照是国家主导，社区、家庭、市场协同合作，公众参与的新型社会公共服务的理念；要纠正长照只是政府扶持、市场运作的传统市场产业的观念，树立长照是国家总体规划、政策完整统一、各地实施运营的公共服务产业和公共经济市场的理念和政策。国家和政府应该承担长照体系建设的主要责任，各类法人和其他组织担当长照生产者角色的，须依照国家关于长照的统一规则做好运营，不以营利为目的，提升服务管理和运营的效率。

长照进入国家重大政策规划，实现中国长期照护体系系统化建设，是一项重大的政策基础工程，需要突破学科之间、部门之间、地域之间的界限。建议组建相对独立的国家长照规划办并下设专家小组持续性研究和追踪调研，限期出成果，深入分析和借鉴境内外经验教训和进行国内试点，为国家最后出台的政策规划提供决策依据。

以上诸点，都亟需长照社会政策的理论建设和专业技术支持。因此，关于长照社会政策理论与实践、方法与工具的研究应该抓住时机重点推进。

〔责任编辑：冯小双〕

^① 黄兰君等：《失能失智老人养老体系困境及对策研究》，《知识经济》2014 年第 12 期。

as a question of both ontology and epistemology, is necessarily constrained by economic life. It is closely related to human knowledge of nature and practice, and its temporal dimension is embodied in the connection between the present and the future. The exploration of uncertainty in social behavior should first focus on the analysis of socioeconomic life, breaking down the behavioral mechanisms behind uncertainty in the light of people's living conditions, social attributes and individuation strategies of cognition and practice as seen in the interaction between economic regulation and the agent's freewill. We need to pay heed to the mutual prescriptivity between man and nature, exploring the epistemological factors that impact on their harmonious relations and ecological civilization through analysis of the uncertainty of science and technology R&D and their practical application. We should take note of social change and development, reveal the difference mechanism of the uncertainty of social behavior, and deepen our dialectical understanding of the linkage between "crisis" and "opportunity" and the transformation of the one into the other. Conducting an in-depth analysis of the mechanism of uncertainty in contemporary social behavior by means of the epistemology of historical dialectics is important for correct handling of risks, efficient resolution of crises, and promotion of the orderly and harmonious development of society.

(4) Policy Options for Long-term Care in China

Yang Tuan • 87 •

It has been more than three decades since aged care moved on to the national agenda, and social provision and community services for the aged have been part of national policy since the beginning of this century. So far, however, work on aging issues, from guiding principles to policymaking, has never clearly discriminated between long-term care services for the disabled elderly and general aged care. Bundling long-term care services under general care of the aged, or even replacing the former by the latter, has led to misdirected policy targeting, unbalanced structures and a lack of staff, resulting in a serious shortage of care for elderly people who suffer from disability or dementia. The situation is serious; in urban and rural areas, the disabled population alone already amounts to nearly 40 million. During the 13th Five-year Plan period, putting an independent long-term care policy high on the national agenda and carrying out work on policy fundamentals is an urgent task.

(5) Legal Mechanisms for the Joint Governance of Public and Private Rights

Tang Qingli • 111 •

Traditional jurisprudence has produced few studies at the level of institutional

• 207 •