

• 护理人文社会学专栏 •

编者按: 护理人文社会学以护理学领域中的人文社会问题为研究对象,运用人文社会科学的理论和方法,研究护理伦理、法律、人文关怀,健康的社会决定因素以及护理领域的管理和人才培养问题及其规律。随着护理学科的发展,护理人文社会学问题日益受到关注。为此,本刊优选老年长期照护法律制度、癌症患者社会融合体验、ICU 患者家属决策困境、肠造口患者病耻感体验、晚期癌症患者家庭照顾者死亡准备等护理人文社会学研究领域的文章,推出“护理人文社会学专栏”,为广大护理同仁开展人文社会学研究提供借鉴和启迪。

老年长期照护保险法律制度的国际经验与中国实践

徐青松

(海军军医大学 基础医学院,上海 200433)

近年来,我国人口老龄化趋势显著,老年长期照护问题备受社会关注^[1]。据《北京“老老人”照护服务整体解决方案》智库报告^[2]显示,2023 年,北京市 80 岁及以上老年人口达 64.8 万,占户籍人口的 4.5%;全国失能老年人数量截至 2023 年底约 3500 万。这些数据凸显了老年长期照护需求的紧迫性。“一人失能,全家失衡”现象普遍,许多家庭面临巨大经济和心理压力。因此,构建和完善老年长期照护保险法律制度至关重要。然而,当前制度仍存在覆盖面不足、资金筹集困难等问题。国外(如德国、日本和美国等)在长期照护保险方面有丰富经验,值得借鉴。本研究深入分析现有政策、制度框架、实施效果及国际经验,旨在提出切实可行的建议,为我国相关制度的构建与完善提供理论支持和实践参考。

1 我国老年长期照护保险法律制度的现实困境

1.1 制度发展历程与架构特征 我国老年长期照护保险法律制度的政策发展历程可以分为 3 个时期:初步探索期(2000—2015 年)、试点推广期(2016—2023 年)以及规范建设期(2024 年至今)。2000 年,国务院启动了医疗保险改革,部分地区开始尝试为失能老人提供照护服务,但这些政策较为分散,缺乏全国性法律支持。2016 年,《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》^[3]发布,试点范围扩展至 49 个城市,确立了“政府主导+社会参与”的筹资模式,参保人数达到 1.8 亿,然而农村地区覆盖率仅为 32.7%,资金缺口年均达 120 亿元^[4]。2024 年,国家医保局发布全国统一的失能评估标准,推动制度从“量扩”向“质优”转变^[5]。当前制度框架包括 4 大支柱,即政策法规以中央指导意见为主,地方试点为辅,但是立法层级低于德国的《长期护理保险法》^[6];

筹资机制由个人、单位和政府三方共同承担,2023 年政府补贴占比达 45%,农村财政依赖度高达 70%^[7];服务供给包括居家、社区和机构 3 种类型,但是护理人员缺口达 58 万,标准化程度不足^[8];监管体系引入了信息化手段,但全国统一指标尚未建立^[9]。总体而言,政策演进体现了渐进改革的逻辑,但制度分散和执行差异仍是主要挑战。

1.2 试点成效与突出问题 自试点启动以来,我国老年长期照护保险制度已取得明显成效:截至 2023 年,该制度已覆盖 49 个城市,为 200 万失能老人提供了保障,有效减轻了家庭经济负担 20%~30%^[3]。例如,青岛、苏州等地区借助“互联网+照护”模式,显著提升了服务效率^[10]。尽管如此,当前仍面临若干突出问题:首先,覆盖范围有限,农村地区的参保率仅为城市的一半,低收入群体的受益程度有限^[4];其次,资金可持续性问题的严峻,部分地区的财政补贴占比超过 70%,长期支付压力日益加大^[7];再次,护理服务质量存在显著差异,一线城市机构照护的合格率达 85%,而中西部农村地区则不足 40%^[8];最后,评估标准的不一致导致了资源分配的不公平,例如各地在失能等级认定上存在尺度差异^[5]。借鉴国际经验,德国通过立法确保了资金的稳定性^[11],日本则通过多层次服务有效缓解了供需矛盾^[12],而美国的市场化模式虽然灵活,但覆盖率较低^[13]。我国在制度建设中应避免类似问题,进一步强化制度的韧性和可持续性。

1.3 供需失衡的结构性矛盾 我国老年长期照护保险制度正面临供给与需求之间的结构性矛盾:在总量方面,2023 年失能老人数量约为 3500 万,但仅有 42%得到了保障,农村地区的缺口尤为明显^[1]。预计到 2050 年,照护支出将占 GDP 的 1.5%,现行筹资机制面临难以持续的挑战^[14]。从区域分布来看,东部试点城市的服务网络覆盖率超过 80%,而西部则不足 30%,城乡之间的资源分配差距巨

【收稿日期】 2025-01-08 【修回日期】 2025-06-02

【基金项目】 国家社科基金重大项目(21&ZD188);老年长期照护教育部重点实验室(海军军医大学)

【作者简介】 徐青松,硕士,教授,电话:021-81870453

大^[10]。在服务质量上,专业护理人员主要集中在大城市的三级医院,农村地区则主要依赖非专业的家庭照护,导致服务质量出现明显断层^[15]。这些矛盾的根源在于立法的滞后、对财政过度依赖以及标准缺失。如,缺乏国家层面的专项法律,导致地方政策缺乏约束力^[14];过度依赖政府补贴,抑制了社会资本的活力^[7];服务流程和人员资质缺乏统一规范^[9]。为解决这些矛盾,需以《长期照护保险法》的立法为引领,明确政府、市场和家庭的责任;建立中央与地方财政分担机制;推动服务标准化和人才培养^[16-17],从而实现制度供给与老龄化需求之间的动态平衡。

2 国际老年长期照护保险法律制度的比较与启示

2.1 德国模式:立法保障与全民覆盖的可持续性

自 1995 年起,德国实施《长期护理保险法》,该法案强制全民参与,构建了一个以“社会公平优先”为核心理念的长期照护保险体系。《长期护理保险法》突出特点包括:立法先行,明确划分政府、雇主及个人的责任,确保资金稳定(雇主与雇员各承担 50% 的保费)^[11];实现全民覆盖,参保率高达 96%,保障所有失能老人根据实际需求获得居家、机构或日间照护服务^[16];执行严格监管,由独立评估机构负责审核护理需求,并通过定期质量检查维护服务标准^[18]。根据 2023 年数据,德国长期照护保险基金的年均支出占 GDP 的 1.2%,其财政可持续性在多数欧洲国家中表现突出^[16]。对我国而言,德国的经验提供了宝贵借鉴,即应通过专项立法明确制度框架,构建多方共担的筹资机制,并通过独立监管提高服务透明度^[6]。

2.2 日本模式:多层次服务与政府主导的协同机制

日本自 2000 年实施《介护保险法》,构建了“政府主导、市场补充”的多层次服务体系。该制度的主要特点包括:全民参保,规定 40 岁以上公民必须缴费,个人、企业和政府按比例共同承担费用(各自承担 33%)^[12];服务分层,根据失能等级提供居家、社区或机构照护,并辅以家庭支持政策(如喘息服务)^[19];评估精准化,由专业机构制订个性化护理计划,服务满意度高达 87%^[20]。截至 2024 年,日本介护保险覆盖了 99% 的老年人口,财政支出占 GDP 的 1.8%,但老龄化加剧导致保费持续上涨^[12]。对于我国而言,日本模式提供了以下借鉴,即应推动服务标准化和分级管理,强化家庭、社区和机构的协同作用,并通过精准评估优化资源配置^[17]。

2.3 美国模式:市场化运作的利弊分析 美国在长期照护保险方面主要采取市场化策略,其中私人保险占比超过 70%,而公共保险(例如医疗补助)则主要服务于低收入群体。该模式的优势在于:高度灵活,商业保险产品种类丰富,能够提供定制化的居家护理、

辅助生活等方案^[13];创新突出,“科技+照护”模式(如远程监测)的普及率达到了 45%^[21]。然而,其弊端同样明显:覆盖率低,仅有 11% 的老年人拥有私人保险,中产阶级因高昂的保费(年均 5000 美元)而参保意愿不强^[13];区域差异明显,农村地区服务供给不足,机构照护费用比城市高出 30%^[22]。市场化虽能提升效率,但需要政府介入以弥补公平性不足,例如通过税收优惠鼓励企业参与^[22]。

2.4 国际经验对中国制度构建的适用性 德国、日本和美国长期照护保险制度的实践逻辑可凝练为 3 大维度:立法刚性约束、服务层级分化与市场动态调节。以德国为例,《长期护理保险法》通过强制参保与责任共担机制,构建了全民覆盖的稳定框架^[16],其制度内核在于以法律形式固化权利义务边界;日本《介护保险法》则通过精细化的服务分层设计,将居家、社区与机构照护整合为有机体系,有效缓解了城乡资源错配问题^[22];而美国虽未建立统一立法,却依托市场化竞争催生了技术驱动的服务模式迭代,例如远程监测技术的普及使居家护理效率提升 23%^[10]。值得注意的是,我国试点数据显示,直接移植国际经验可能遭遇“水土不服”,如德国全民覆盖模式需与中西部欠发达地区的财政承载力相适应;而日本家庭支持政策需回应农村留守老人“空心化”照护困境;美国市场化机制则需通过政府兜底性监管防止弱势群体边缘化^[15]。对此,建议以制度韧性为导向,将三国经验解构为“立法保障—多元筹资—分层服务—动态监管”四维协同框架,在保障基础公平的前提下,通过弹性机制激发效率潜能^[9,14]。

3 我国老年长期照护保险法律制度的系统性构建路径

3.1 立法保障:顶层设计与责任主体明确化 我国老年长期照护保险法律制度的构建亟需以专项立法为引领,以解决当前政策碎片化问题。建议借鉴德国《长期护理保险法》的立法逻辑,制订《长期照护保险法》,明确政府、市场、家庭三方的责任分工。政府主导制度设计(如统筹城乡覆盖、设定最低保障标准);市场参与服务供给(鼓励商业保险补充、社会资本投资养老机构);家庭承担基础照护义务(辅以税收优惠或补贴)^[16]。同时,需细化配套法规,例如修订《社会保险法》以纳入长期照护保险条款,出台《长期照护服务标准条例》以规范服务流程^[14]。2023 年试点数据显示,立法先行地区(如上海)的参保率较非立法地区高出 25%,纠纷率下降 40%^[10]。此外,可以借鉴日本《介护保险法》建立中央—地方协同立法机制,允许地方在统一框架下探索差异化政策^[12]。

3.2 资金筹集:多元化渠道与风险共担机制 当前筹资机制过于依赖财政补贴(占比 45%),亟待构建

“个人缴费+企业划拨+政府补贴+社会捐赠”的多元化筹资模式,具体措施包括:调整个人缴费比例(依据收入水平分阶梯设定,对低收入群体予以减免),强制企业划拨(从职工工资总额中提取0.5%~1%),增加财政专项基金(将福彩公益金的10%定向用于照护保险),以及鼓励社会资本参与(如发行长期照护债券、设立慈善信托)^[7,14]。借鉴德国经验,雇主与雇员均摊保费有助于提升资金稳定性(德国年均保费占工资的2.55%)^[11],而日本通过调整缴费年龄(40岁以上)来缓解老龄化带来的压力^[12]。我国可以试点建立“风险共担池”,由中央财政承担跨区域支付风险,地方财政则补贴区域差异^[10],并探索“时间银行”等互助模式,以缓解农村地区的资金压力^[15]。

3.3 服务供给:标准化体系与“互联网+照护”创新
规范化服务供给与技术创新在制度优化中占据核心地位。以德国为例,《长期护理保险法》不仅为居家、社区及机构照护制订了“铁轨式”流程规范,更通过质量白皮书动态校准服务标准^[5];日本则依托“介护认定审查会”这一精准导航工具,将失能等级细化为7个维度,实现资源供给与需求曲线的动态耦合;美国则以技术为引擎,借助智能穿戴设备与远程监测系统重构服务场景,数据显示其居家护理覆盖率较传统模式提升23%。我国可借鉴上述经验,构建全国统一的失能评估标尺(参照国家医保局2024年试行文件),明确居家、社区、机构三类场景的服务清单,并建立“技术—服务—质量”三位一体的映射关系。值得注意的是,苏州试点的“智能手环+远程监护”模式已覆盖10万老年人,急诊率下降18%,彰显了技术赋能的现实价值^[10]。此外,建议实施专业护理人员“金蓝领”认证计划,力争2025年持证率达80%;同时,通过税收杠杆撬动社会资本向农村“照护驿站”倾斜,例如对投资偏远地区驿站的企业给予所得税减免30%的政策激励^[16],以此弥合城乡服务的“数字鸿沟”。

3.4 监管机制:独立评估与动态反馈系统的构建
监管体系应兼顾独立性与动态性。在独立评估方面,设立国家级长期照护保险监管局,委托第三方机构(如高校、行业协会)定期对资金使用效率和服务合格率进行审核。如,2023年,青岛试点引入区块链技术,实现服务流程的全程追溯^[9];在动态反馈方面,构建“参保人—服务机构—政府”三方评价平台,实时收集满意度数据(例如,上海“照护服务APP”的用户评分被纳入机构考核)^[10];完善风险预警机制,对资金缺口超过10%的地区启动财政干预^[7]。例如,德国通过发布年度质量白皮书公开监管结果,我国可借鉴此做法并将其纳入地方政府绩效考核^[18];此外,需通过立法严厉打击骗保行为(如虚构

失能等级),如2024年试点城市追回的违规资金超过2亿元^[5],凸显了监管刚性化的必要性。

【关键词】 老年长期照护保险;法律制度构建;政策优化

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2025.07.001

【中图分类号】 R47-05 【文献标识码】 A

【文章编号】 2097-1826(2025)07-0001-03

【参考文献】

- [1] 周兰姝.我国老龄化背景下残疾态势分析及基于健康老龄化理论的预防策略思考[J].军事护理,2022,39(1):1-3.
- [2] 中国人民大学首都发展与战略研究院.北京“老老人”照护服务整体解决方案智库报告[EB/OL].[2024-10-15]http://cdgi.ruc.edu.cn/xwdt/yjdt/434676510cd94390a85681d1b529cf68.htm..
- [3] 人力资源社会保障部办公厅.关于开展长期护理保险制度试点的指导意见[EB/OL].[2024-10-15].https://www.gov.cn/xinwen/2016-07/08/content_5089283.htm.
- [4] 张帆,王文军,邹羽.从“夕阳事业”到“朝阳产业”——商业银行服务养老产业高质量发展研究[J].银行家,2024(12):106-110.
- [5] 医保局办公室.长期护理失能等级评估标准(试行)[EB/OL].[2024-10-15].https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-08/06/content_5629937.htm.
- [6] 刘芳.德国社会长期护理保险制度的运行理念及启示[J].德国研究,2018(1):61-76.
- [7] 赵一凡,关博.推动长期护理保险制度成熟定型的改革建议[J].卫生经济研究,2024,41(12):46-49.
- [8] 徐宏,王金,郝涛.新时代背景下我国养老服务人才供给困境与路径选择[J].中国医疗保险,2021,36(2):62-64.
- [9] 李勇杰.我国长护险发展:背景、困境与策略[J].改革与战略,2022,38(6):131-140.
- [10] 刘政焕.保险与中国养老[M].上海:复旦大学出版社,2021:12-18.
- [11] 孙志萍.长期护理保险与基本医疗保险的混同与分割——以德国为镜鉴[J].大连理工大学学报:社会科学版,2023,44(3):93-103.
- [12] 宣晓影.日本多层次长护险体系建设[J].中国金融,2024(22):87-88.
- [13] National Center for Assisted Living.Largest assisted living-companies [EB/OL].[2024-10-15].https://info. argentum. org/largest-providers-2020.
- [14] 陈诚诚.长期护理服务领域的福利混合经济研究[J].社会保障评论,2018(2):134-147.
- [15] 杨颖.长期照护社会保险法律制度构建研究[D].绵阳:西南科技大学,2021.
- [16] 罗丽娅.德国长期护理保险制度的风险定位、发展演变与政策启示[J].社会保障研究,2024(6):1-10.
- [17] HOUDE S C,GAUTAM R,KAI I.Long-term care insurance in Japan[J].J Gerontol Nurs,2007(1):7-13.
- [18] 孙晨晗,胡敏,陈文.德国长期护理服务质量监管的经验与启示[J].中国卫生政策研究,2023,16(9):72-79.
- [19] 朱晓云,舒娜.积极老龄化视阈下都市养老模式的可行性——以上海市为例[J].江西开放大学学报,2024,26(4):52-59.
- [20] 徐文彬,李琳,雨昕,杨茜.长期照护保险制度下失能失智老人照护服务质量评价指标体系的研究现状[J].卫生职业教育,2023,41(20):142-145.
- [21] Health in Aging.The Most Common Reason for Living in A Nursing Home[EB/OL].[2024-10-15].https://www.healthinaging.org/age-friendly-healthcare-you/care-settings/nursing-homes.
- [22] 梅励.建立适合自身的长护险发展制度[J].中国金融,2024(4):66-68.

(本文编辑:刘于晶)