

构建长期照护服务供给的家庭支持政策

王震*

内容提要 随着我国老龄化逐步加深,失能群体规模扩大,对长期照护需求快速增长。但长期照护服务供给仍面临困境:一方面,政府通过财政补贴、用地及税收优惠、放开准入等引导大量公共和私人资源进入照护供给领域,尤其是机构照护服务;另一方面,机构照护服务的床位使用率长期处于较低水平,大量失能老人主要依靠家庭内部照护。公共政策与实际需求错配,公共资源得不到有效利用,家庭照护由于缺少公共支持而陷入“一人失能、全家失衡”的状态。从提高公共资源使用效率以及缓解家庭“就业-照护”冲突的角度,长期照护服务供给政策应从支持外部机构照护为主转向长期照护服务供给的家庭支持政策。

关键词 长期照护;老龄化;失能人口;照护服务

JEL分类号 H53, J14

一、引言

长期照护(Long-term care, LTC)是针对失能人员提供的基本生活照料以及与之相关的医疗护理服务。随着我国老龄化加深以及疾病谱的变化,老年失能群体规模不断扩大,成为失能人群的主要组成部分,对长期照护服务的需求快速增加。第四次全国老年人生活状况调查数据显示,2016年我国老年群体的失能率达到18.3%,失能老年人高达4063万(全国老龄工作委员会办公室,2018)。根据预测,失能老年人群在未来仍将持续扩大(王金营、李天然,2020;廖少红、王广州,2021;张良文、方亚,2021)。失能人口的长期照护已成为积极应对人口老龄化战略的重要内容。在这方面学术界以及政策制定者

* 王震:中国社会科学院大学经济学院 中国社会科学院经济研究所 北京市西城区月坛北小街2号 100836 电子邮箱:wang-zhen@cass.org.cn。

基金项目:国家社会科学基金“长期照护服务的供给研究”(17BJY216)。

已基本形成共识，有必要在长期照护的公共筹资及服务供给上采取公共干预，以缓解老龄化社会的“照护缺失”（杨团，2016；李珍，2018；杜鹃、纪竞垚，2019；朱玲等，2020）。

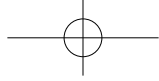
在长期照护的公共筹资方面，我国自2016年开始在全国15个城市试点长期护理保险制度，2020年试点扩大到30个城市。但在服务供给方面，长期照护并不是一个独立的服务领域，也未形成独立的政策支持体系，而是包含在一般养老服务中。一般养老服务的政策对象以自理老人居多，其政策特征也以自理老人的特征作为依据。

这种以自理老人为主的养老服务政策具体到服务供给模式上，其着力点是大力促进和发展社会化、市场化服务供给为主，特别是机构化照护服务为主。虽然我国也确立了居家为基础、社区为依托、机构为补充的养老服务发展原则，但在实际执行过程中，主要还是通过财政补贴、用地和税收优惠、扩大准入等吸引大量公共和社会资源进入机构照护服务供给中。

这种以家庭外部机构化、市场化照护服务供给为主的政策指向并不适应长期照护服务的供给。自理老人的养老需求以生活环境改善及日常生活照料为主，所需要的护理密度较低，机构照护的成本及服务内容极易满足这种需求。相比于自理老人，失能老人所需要的护理密度高，且要求相应的情感支持。机构照护对失能老人而言，不仅意味着较高的支出负担，而且难以满足情感支持需要，照护质量较低。

从现实情况看，不论是宏观统计数据还是微观调查数据，机构照护（包括提供住宿服务的社区照护）的床位使用率长期维持在较低水平，平均只有50%左右，大量照护资源处于浪费状态。失能老人的照护仍然以家庭照护，主要是配偶、子女等家庭成员为主。

这就产生了公共政策与实际需求结构之间的错配：大量公共资源用于支持社会化、市场化照护服务供给，特别是机构照护服务，但是，需要得到支持的家庭照护却没有得到公共支持，“照护短缺”依然存在，家庭面临的“照护困境”也没有得到缓解。不仅如此，在公共政策引导下，大量实际上不需要机构照护的人员也倾向于入住机构以获得相应的公共补贴，从而进一步加深了资



源的无效使用。

从提升失能群体照护福利、缓解家庭照护负担以及提高公共资源使用效率的角度，目前以支持家庭外部社会化照护服务特别是机构照护为主的公共政策需要调整，并逐步构建对家庭照护的支持政策。本文基于中国社会科学院经济研究所课题组（以下简称课题组）的调查案例^①以及长期照护服务供给机构的调查数据，对当前我国长期照护服务供给的供需失衡和公共政策错配进行分析，并提出构建长期照护家庭支持政策的相关建议。

二、长期照护供给模式及国际趋势

（一）照护供给模式及其对公共目标的影响

从照护服务供给主体看，一是家庭内部成员的照护，被照护人与照护人之间不存在现金交易；二是家庭外部社会化、市场化的照护服务供给，通过市场交易来获得。前者也被称为“非正式照护”，后者也被称为“正式照护”（Li and Song, 2019）。家庭外部的照护服务还有不同的递送方式：一是提供住宿的机构照护，失能人员集中居住，由护理人员统一提供服务；二是不提供住宿，失能人员居家或住在本社区内，由护理人员上门或在社区提供服务，可以理解为机构照护服务延伸到居家及社区。从上面两个维度，可以将照护服务的供给模式分为三类：一是家庭内部成员提供的照护；二是购买上门服务，护理人员提供上门或在社区的照护服务；三是失能人员在机构集中居住，护理人员在机构内提供照护。

从公共政策的角度，对长期照护供给的公共干预主要有三个公共目标：一是解决家庭成员就业与家庭照护服务负担之间的冲突；二是提高失能人员的照护福利；^②三是照护成本的可负担性。不同供给模式对这三个目标的影响不同。

首先看就业与家庭照护的冲突。传统上，失能群体的照护主要是家庭中

^① 2016年中国社会科学院经济研究所课题组在全国27个省（自治区、直辖市）对养老照护机构进行了抽样调查。抽样及数据详细介绍参见朱凤梅（2019）。

^② 此处照护福利定义为被照护人从照护服务中获得的满足程度，或者被照护人照护需求的满足程度。照护福利包括两个维度：一是物质化服务的满足程度；二是精神需求的满足程度。

的女性来承担的，但随着现代社会女性外出就业的增加，家庭照护的机会成本不断提高，家庭照护成为影响女性就业和发展的主要障碍之一（吴帆，2017）。从这个角度，社会化照护服务，特别是机构化的照护服务将失能人员的照护转移到专业机构中，极大减少了家庭照护责任，这显然有利于女性的就业和发展（Razavi, 2007; Naldini, et al., 2016; Folbre, 2018）。从缓解就业与家庭照护负担的角度，机构化的照护服务供给最优。

其次是被照护人的照护福利。照护服务不同于其他社会服务，具有“两面性”：既是物质化的服务过程，同时也具有“情感性”。照护人与被照护人之间长期形成的“情感联系”不仅是照护服务不可或缺的一部分，而且直接影响照护服务的质量（Cremer, et al., 2012）。相比较而言，机构照护的标准化以及大量辅助器械、药品的使用，对失能人员的福利实际上是有损害的（Zinn, 1993; Cawley, et al., 2004）。从失能人员照护福利的角度，家庭照护要优于家庭外部购买的社会化照护服务。这一点在欧洲长期照护公共政策实践中已成为共识（Lapre, et al., 2019）。

第三，照护服务供给成本的可负担性。长期照护服务具有典型的“鲍莫尔成本病”特征，难以实现技术替代，供给成本上涨速度高于社会平均工资上涨速度（Baumol, 1993）。从 OECD 国家来看，长期照护的成本上涨远快于医疗费用的上涨。以加拿大、丹麦、德国和法国为例，如果将 1998 年的价格设定为 1，那么到 2017 年，这四个国家的人均医疗费用分别增长了 2.34 倍、2.67 倍、2.34 倍、2.22 倍，而长期照护的人均费用分别增长了 3.04 倍、4.02 倍、3.09 倍、3.93 倍（见图 1）。在长期照护费用增长中，机构化的照护服务成本远高于家庭内部照护，是照护成本增长的主要来源。Chappel 等（2004）对荷兰的研究表明，对于相同个人特征的失能人员，机构照护年均支出要比社区和居家照护高出 1 万多欧元。这给普遍建立了长期照护公共保障体系的国家带来了沉重的财政负担（Kok, et al., 2014）。从这个角度看，支持和鼓励居家照护服务所带来的财政压力也远小于机构照护（Hollander and Chappell, 2007）。

不同供给模式对相关公共目标的影响也不同（见表 1）：机构照护更有利于“照护 - 就业”的平衡，但不利于失能人员的照护福利，且成本高昂；家

庭内部照护不利于照护提供者就业，但有利于失能人员的照护福利，且有效降低支出负担；延伸至居家和社区的照护服务则居于二者之间。从公共政策的选择角度，需要在这三个模式之间做出权衡。

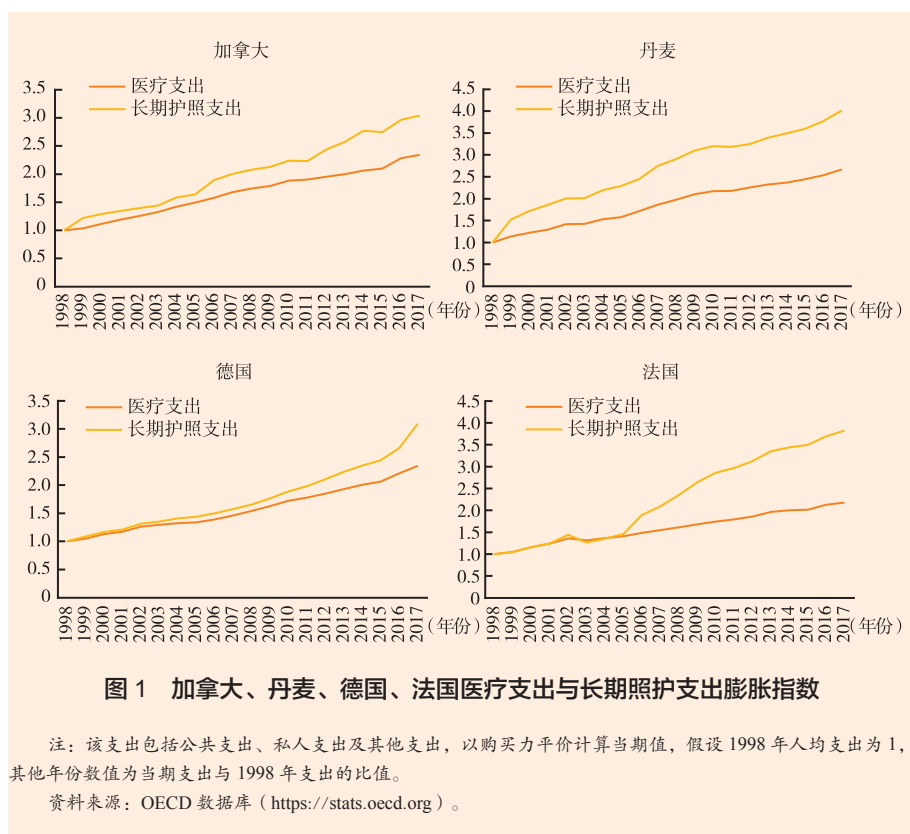


表 1 机构照护、社区及居家照护、家庭内部照护的政策效应

	照护 - 就业平衡	失能人员照护福利	支出负担
机构照护	++	0	0
社区及居家照护	+	+	+
家庭内部照护	0	++	++

注：“+”表示正面效应；“0”表示负面效应。

（二）长期照护供给公共政策演变的国际趋势

从欧美发达国家长期照护供给模式的公共政策演变来看，第二次世界大战

之后至今经历了从“去家庭化”“机构化”到“再家庭化”“去机构化”的演变过程。第二次世界大战之后一直到 20 世纪 80 年代，长期照护服务在欧美发达国家作为一项独立的社会服务出现，并快速发展。从这个时期的公共政策导向看，支持和鼓励机构化的照护服务发展是重点。这背后很重要的原因是通过公共政策减轻家庭照护服务，促进女性就业。在公共政策的支持下，欧美国家的机构化照护服务发展迅速。以美国为例，1954—1969 年入住护理院的人数上升到接近 80 万人，占 65 岁及以上人口的比重从 2.10% 上升到 3.90%（见表 2）。

表 2 20 世纪 50 至 60 年代美国护理院（Nursing Home）发展状况

	1954 年	1963 年	1969 年
护理院数量（个）	9000	13100	15300
护理院床位数（个）	260000	507500	879000
入住护理院人数（个）	260000	470000	793000
入住护理院人数占 65 岁及以上人口的比重（%）	2.10	2.80	3.90
护理院总支出（亿美元）	1.87	10.55	35.67
入住护理院人均支出（美元）	700	1800	5300

资料来源：Hoyt（2021）。

但是，从 20 世纪 80 年代开始，欧美主要国家的长期照护公共政策发生了转向，开始强调社区和居家照护，强调对家庭照护的公共政策支持（杨团，2016；王震、朱凤梅，2017）。欧美主要发达国家机构照护的人均床位数以及正式注册的护工数量也呈现下降的趋势（见图 2、图 3）。正式护工数量减少的同时，家庭照护的供给增加。德国在机构工作的正式照护人员只有 21 万人，但提供家庭照料的人员就有 420 万，是前者的 20 多倍；法国提供家庭照护的有 400 多万人，但家庭外部的正式照护人员只有 65 万人；希腊的家庭照护占到总照护供给的 85% 以上；西班牙超过 70% 是家庭照护；意大利超过 2/3 的照护需求是家庭内部提供的；瑞典 75 岁及以上老年人中超过 70% 是家庭内部照护（Triantafillou, et al., 2010）。

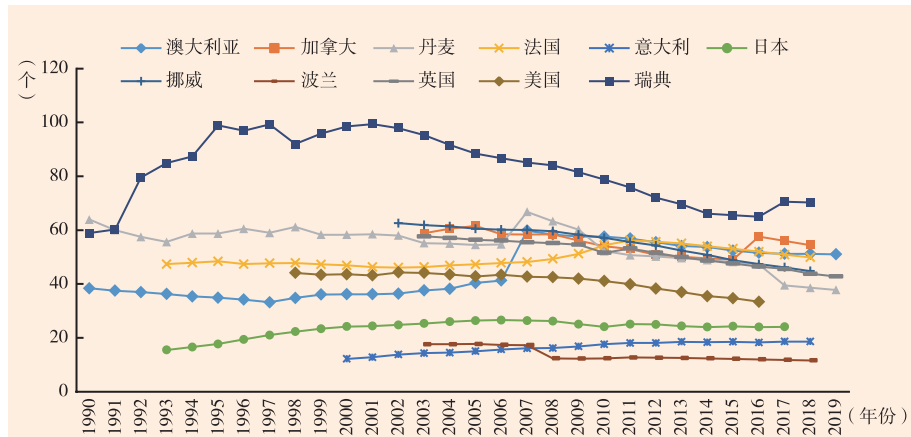
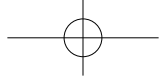


图2 部分 OECD 国家 65 岁及以上老年人口每千人长期照护床位数变动情况

注：提供住宿服务的长期照护机构拥有的床位数。
资料来源：OECD 数据库（<https://stats.oecd.org>）。

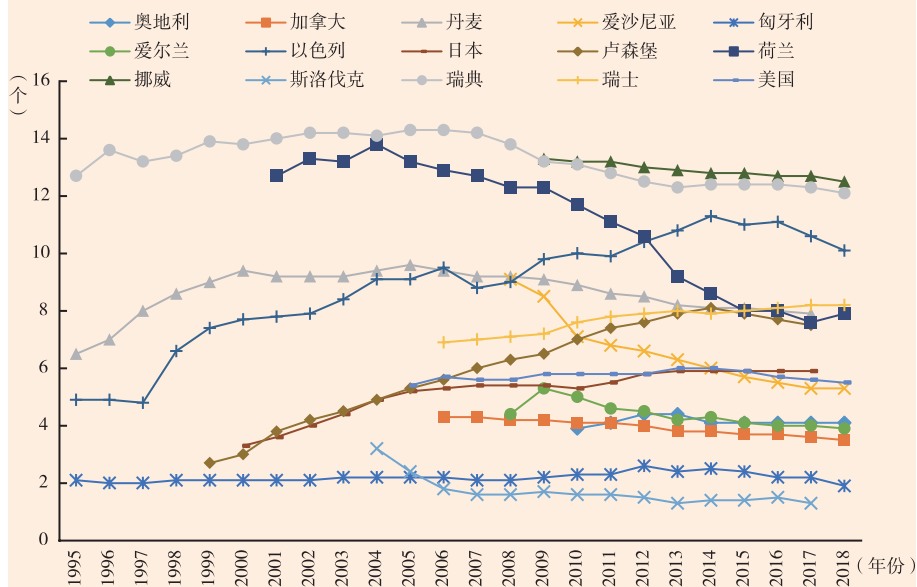
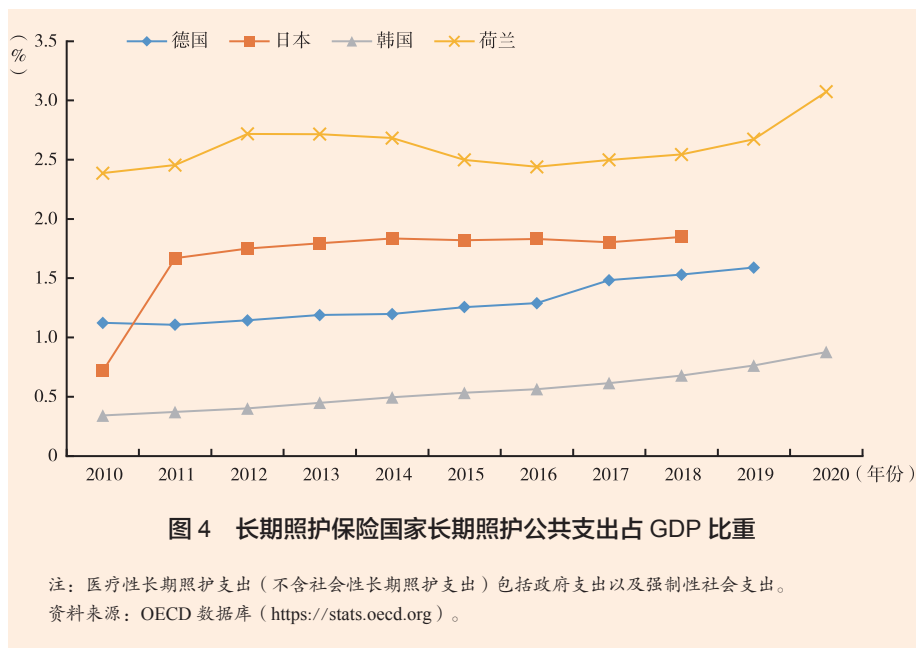


图3 部分 OECD 国家每百名 65 岁及以上老年人拥有的正式护工数量

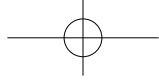
注：正式护工指家庭外部提供护理服务的护工，包括在机构中工作的护工以及延伸至提供居家服务的护工。
资料来源：OECD 数据库（<https://stats.oecd.org>）。

这其中的原因首先是在需求侧，主要是对老年人照护福利的重新认识，特别是对家庭照护“情感支持”的重视，逐步形成“在地老化”的照护理念。其次，在供给侧，新的药品、治疗技术以及家用照护辅助器具的出现降低了家庭照护的技术难度，提高了家庭照护的效率。最后，最直接和最现实的原因则是长期照护的公共支出压力。欧美国家普遍建立了对失能人员长期照护的公共保障制度（OECD, 2005）。荷兰、德国、日本和韩国是四个建立长期照护保险的国家，这四个国家长期照护公共支出占 GDP 的比重，荷兰超过了 3%，是长期照护公共支出占比最高的国家；德国和日本分别达到了 1.6% 和 1.8%；韩国作为新兴市场经济国家，建立长期护理保险制度比较晚，但其公共支出也占到 GDP 的 0.9%（见图 4）。



（三）长期照护家庭支持政策的主要内容

长期照护家庭支持政策尤以德国为典型的社会保险体制国家所采纳。一是对家庭成员提供的照护服务给予现金补贴。德国早在 21 世纪初即将家庭



成员提供的照护服务纳入长护保险的支付范围，通过现金补贴鼓励和支持家庭成员的照护服务供给。在德国长护险的全部支出中，居家照护占到了 68%；在居家照护中支付给家庭成员照护的现金补贴又占到了 72%（Gibson and Redfoot, 2007）。对家庭内部提供的照护进行现金补贴是各国长期照护家庭支持政策的主要措施。当然，由于家庭内部照护供给中照护提供者和被照护者之间的亲属关系，极易产生道德风险。因此，现金补贴对长护保险的治理环境和治理能力要求相对较高。

二是对家庭内部照护服务供给者的就业权益的保障。承担家庭照护打破了就业的连续性，对职业发展空间和就业权益带来负面影响。因此，要支持家庭内部照护，需要从公共政策上保障照护服务供给者的就业权益。比如德国对家庭照护提供者的养老金权益进行保护，在家庭中提供照护服务的女性的养老金缴费年限连续计算（王震，2009）。

三是对家庭照护人员提供的专业培训以及喘息服务。对失能人员的长期照护服务专业化程度高，特别是涉及医疗护理相关的照护服务。因此，长期照护家庭支持政策特别重视对家庭内部照护提供者的专业化培训，并建立相应的培训体系。同时，由于失能人员的特征，长期照护服务的连续性较强，对护理人员的身心及心理带来较大压力（Shaw, et al., 2009; Lopez-Hartmann, et al., 2012）。对此，一些国家建立了对家庭内部照护的喘息服务，比如美国早在 20 世纪 80 年代即通过公共护理机构、社会服务部门以及志愿者组织等为家庭失能人员的照护提供喘息服务，以便让长期承担家庭失能人员照护的人员得以休假。

三、中国长期照护服务供给状况及供需失衡分析

（一）养老服务与长期照护服务供给政策及供给模式

长期以来，我国长期照护服务并不是一项独立的服务，也不是一个独立的政策术语。直至 2016 年习近平总书记提出建立长期照护保障制度，长期照护及其保障制度才出现在相关政策文件中。^① 但具体到长期照护服务

^① 2016 年习近平总书记在政治局第 32 次集体学习时指出：“要建立老年人状况统计调查和发布制度、相关保险和福利及救助相衔接的长期照护保障制度。”

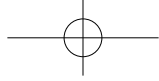
的供给政策，仍然被包含在养老服务框架内，其中关于服务供给模式的表述，“居家为基础、社区为依托、机构为补充”，既包括针对失能老人的长期照护服务，也包括针对自理老人的一般养老服务。这种混在一起的服务供给政策不利于资源的有效利用，是导致养老服务以及长护服务供需失衡的重要原因。

而我国面向全社会开放的养老服务体系的发展也不过 20 多年的时间。在 20 世纪 90 年代之前，我国养老服务体系属于“补缺式”救助体系，仅面向鳏寡孤独等没有赡养人以及生活困难的老人，不向社会一般居民开放（于建明，2020；杨翠迎，2020）。1997 年民政部颁布的《农村敬老院管理暂行办法》提出“有条件的敬老院可以向社会开放，吸收社会老人自费代养”。2000 年，民政部等十一部委联合颁布《关于加快实现社会福利社会化的意见》（国办发〔2000〕19 号），才明确提出促进“面向全社会、多元化举办”的社会化养老服务发展。

过去 20 多年间，特别是“十四五”期间，我国采取多种措施鼓励和促进养老服务业的发展。这些措施包括：一是建设补贴，一些城市对养老机构新建一张床位一次性补贴 1 万~2 万元，俗称“补砖头”；二是运营补贴，招收一位入住老人每月补贴 500 元~1000 元，俗称“补人头”；此外，还有用地和税收优惠，非营利性养老机构用地以划拨形式取得，无须缴纳土地出让金等。在这些政策的推动下，我国养老和照护服务的供给能力快速发展，床位数快速增长，服务床位数（机构和有床位的社区养老服务）从 2009 年的 293.5 万张上升到 2019 年的 775 万张，每千名 65 岁及以上老年人床位数要从 26 张增长到 44 张。这个数字即使与相同老龄化程度下部分 OECD 国家长期照护床位数相比较也不算低（见图 5）。

（二）供需失衡与实际照护供给

宏观数据显示，养老照护机构的入住率只有 49.57%（2019 年），机构养老服务的床位供给并未得到有效使用，大量床位处于空置状态。“十三五”期间，虽然床位数每年都在增长，但入住人数每年都在降低，导致入住率呈现明



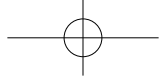
显下降的趋势；提供住宿服务的社区养老服务的床位使用率虽然有上升趋势，但到 2019 年也只有 46.46%（见表 3）。课题组 2016 年全国养老机构的调查也显示，照护机构的入住率只有 64.09%。其他一些基于微观调查的研究也表明，养老机构的入住率一直处于较低水平，比如北京 16 个区 460 家养老机构的调查显示，实际使用床位占设计床位的比例只有 49.7%；在山东 226 家养老机构的调查中，总体入住率只有 57.3%（朱宝生、乔晓春，2018；王洪娜，2020）。

表 3 机构养老与社区养老服务床位数、入住人数及入住率情况

	机构养老			社区养老		
	床位数 (万张)	入住人数 (万人)	入住率 (%)	床位数 (万张)	入住人数 (万人)	入住率 (%)
2014 年	390.3	255.9	65.56	187.5	64.5	34.40
2015 年	358.2	214.8	59.97	298.1	94.5	31.70
2016 年	378.8	219.8	58.03	322.8	107.9	33.43
2017 年	383.3	—	—	338.5	—	—
2018 年	379.4	197.6	52.08	347.8	105.4	30.30
2019 年	438.8	217.5	49.57	336.2	156.2	46.46
2014—2019 年 年均增长率	2.37%	-3.20%		12.39%	19.35%	

资料来源：历年《中国民政统计年鉴》。

入住率低下的第一个原因在于目前养老服务体系中专门针对失能人员长期照护的供给实际上是不足的。大量养老服务床位主要面向的是自理老人，专门为失能人员提供长期照护服务的床位占比并不高。课题组 2016 年在全国进行了照护机构的抽样调查，数据显示我国养老照护机构中收住的自理老人、半失能老人、失能老人大概各占 1/3（34.7%、28.6%、36.7%）。以此推断，我国专门针对失能半失能老人的长期照护床位每千名老人的拥有量从 44 张下降到 28.8 张；专门针对完全失能老人的长期照护床位则下降到每千老人 16.2 张（见图 5）。



第四次老年人生活状况调查数据显示，在获得了护理服务的老年人中，43.5%由配偶照护；其次是儿子和儿媳以及女儿，这三者占到了49.7%。这四个家庭直系亲属占到了92.6%。由养老机构提供护理服务的只占到被访者的不到1%，上门提供服务的家政服务人员占到了2.92%（见表4）。

	城镇	农村	全部
配偶	41.7	45.2	43.5
儿子	25.6	31.6	28.6
儿媳	8.6	11.5	10.1
女儿	14.0	6.8	10.4
女婿	0.3	0.2	0.3
孙子女	1.0	1.3	1.2
其他亲属	1.5	1.8	1.7
朋友/邻居	0.2	0.2	0.2
志愿人员	0.0	0.1	0.1
家政服务人员（保姆、小时工等）	5.4	0.6	2.9
医疗护理人员	0.2	0.0	0.1
养老机构人员	1.3	0.6	1.0
社区工作人员	0.0	0.0	0.0
其他人员	0.1	0.1	0.1
总计	100.0	100.0	100.0

资料来源：第四次全国老年人生活状况调查。

（三）家庭照护与照护成本

相比自理老人，失能老人对长期照护的需求更为迫切，其对个人和家庭带来的负担也更重。但目前的公共政策并未有效应对失能群体的照护需求。虽然政府对机构服务提供了财政补贴和政策支持，但由于这些补贴和政策支持面向全体老年人，而机构更倾向于收住自理老人，从而导致这些公共资源并未集中到需求最迫切的失能老人群体上。

课题组全国养老机构调查数据显示,养老机构自理老人的月均费用为1667元,失能半失能老人的月均费用为2657元,失能半失能老人的照护费用要比自理老人高出接近60%。而同年我国居民可支配的月均收入为1985元,勉强可以支付自理老人的照护费用,但无法支付失能老人的照护费用。如果分城乡看,城镇居民月均可支配收入为2801元,只可勉强支付失能老人的费用,农村居民月均可支配收入只有1030元,甚至无法支付自理老人的机构照护费用(见表5)。

表5 2016年入住养老机构老人费用与当年居民可支配收入 单位:元/月

	自理老人费用	失能老人费用	居民可支配收入	城镇居民可支配收入	农村居民可支配收入	居民可支配收入-自理老人费用	居民可支配收入-失能老人费用
	A	B	C	D	E	C-A	C-B
北京	3583	5049	4378	4773	1859	795	-671
天津	2202	3016	2840	3092	1673	638	-177
河北	1318	2126	1644	2354	993	326	-482
山西	1545	2285	1587	2279	840	42	-698
内蒙	1094	2083	2011	2748	967	917	-73
辽宁	1245	2170	2170	2740	1073	925	0
吉林	1158	1783	1664	2211	1010	506	-119
黑龙江	1273	2294	1653	2145	986	381	-641
上海	2395	3173	4525	4808	2127	2131	1352
江苏	2377	3307	2673	3346	1467	296	-634
浙江	2252	3447	3211	3936	1906	959	-236
安徽	1486	2485	1667	2430	977	181	-819
福建	2800	3900	2301	3001	1250	-499	-1599
江西	1445	2359	1676	2389	1011	231	-683
山东	1400	3095	2057	2834	1163	657	-1038
河南	1581	2598	1537	2269	975	-44	-1061
湖北	1388	2138	1816	2449	1060	428	-322
湖南	1786	2784	1760	2607	994	-26	-1025

续表

	自理老人费用	失能老人费用	居民可支配收入	城镇居民可支配收入	农村居民可支配收入	居民可支配收入-自理老人费用	居民可支配收入-失能老人费用
	A	B	C	D	E	C-A	C-B
广东	2164	3125	2525	3140	1209	361	-600
广西	1558	2183	1525	2360	863	-32	-657
海南	1833	3200	1721	2371	987	-112	-1479
重庆	1720	3145	1836	2468	962	116	-1308
四川	2003	3179	1567	2361	934	-435	-1612
贵州	1425	2610	1260	2229	674	-165	-1349
云南	1452	2555	1393	2384	752	-59	-1161
陕西	1237	2188	1573	2370	783	336	-615
甘肃	1919	3111	1223	2141	621	-697	-1889
青海	1205	1822	1442	2230	722	237	-380
宁夏	1200	2103	1569	2263	821	369	-533
新疆	1463	2465	1530	2372	849	66	-936
平均	1667	2657	1985	2801	1030	318	-672

注：入住养老机构的费用包括床位费和护理费；失能老人包括失能和半失能老人。

资料来源：入住养老机构的费用数据来自中国社科院经济所课题组2016年全国养老机构调查数据；城乡居民可支配收入来自《中国统计年鉴2020》。

居家由家庭成员照护可以充分利用自有住房、用具等资源，降低实际支付价格。更具体地，由于传统家庭作为一个消费单位的性质，也无须支付家庭成员照护的人工费用。^①此外，还有一个家庭照护的“情感支持”问题。对老年人而言，具有同样物理过程的照护服务，家庭成员提供给老年人带来的“福利”更高。但是，现有公共资源和政策支持并未延伸至家庭照护服务供给上。因此，从提高公共资源使用效率、有效缓解“照护失衡”的角度，我国长期照护公共政策亟须进行调整，构建长期照护服务供给的家庭支持政策。

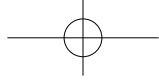
^① 但这并不意味着家庭成员照护本身没有费用，其费用是家庭成员外出就业的机会成本。

四、长期照护服务的公共政策选择

（一）政策错配与长期照护服务供给政策调整

我国长期照护服务供给的公共政策与实际需求之间存在错配，大量公共资源并未流向照护需求最高的失能群体。从公共政策可持续性、提高资源使用效率以及提升失能老人照护福利的角度，我国长期照护服务供给的优先序应逐步调整，将支持家庭照护作为重点，同时加强机构照护服务的供给能力，将外部专业化照护服务延伸至居家，将外部化照护供给与家庭内部照护结合起来。建立长期照护服务供给的家庭支持政策意味着政府公共干预向传统个人和家庭领域的扩展，但这并不意味着家庭和个人照护责任向政府的转移，而是在治理模式上强调公共支持与家庭责任的协调和配合。

从治理角度，长期照护服务供给的家庭支持政策需要解决三个问题。一是家庭照护与家庭成员特别是女性的就业与发展之间的平衡。家庭照护传统上主要由女性来承担，但过多承担家庭照护责任势必影响女性的就业与发展。二是家庭收益与失能人员照护福利之间的平衡。家庭在传统上是一个消费单位，因此公共资源进入家庭内部后就面临一个家庭内部的资源再配置过程，这个过程往往以家庭收益和家庭效用最大化为目标。但是，从长期照护公共政策的目标看，对家庭照护支持的目标是提升失能人员的照护福利，缓解家庭成员的照护负担。而家庭收益最大化与失能人员照护福利最大化之间往往存在冲突。具体到政策实施环节，家庭照护支持政策所需要的治理工具、治理能力和治理环境要远高于其他类型的公共政策。一方面，相比于有明确行为主体和责任主体的市场化以及社会化机构，家庭作为一个消费单位及生活场景，其内部行为难以监测；另一方面，公共政策则涉及公共决策与公共资源的使用，需要有明确的责任主体，且公共资源的使用需要公共监督，需要公开、透明，否则将难以避免“搭便车”、逆向选择、道德风险等机会主义行为。具体到家庭照护服务上，由于照料人与被照料人之间的亲属关系以及被照料人多为失能（包括失智）老人，其决策能力受限，因此如何避免机会主义行为以及评估公共资源的使用效率都面临治理上的挑战。三是需要在家庭内部照护与外



部照护之间寻求平衡。长期照护不同于一般的养老服务，其对专业化护理的要求更高，特别是一些重度失能人员，离不开专业化的护理。从公共政策的角度，支持家庭照护并不等于不要机构照护的发展，而是要建立机构照护和家庭照护之间的链接，建立机构照护与家庭照护之间相互支撑的机制。

（二）政策建议

在具体政策设计上，目前需要做好以下几个方面。第一，构建相对独立的长期照护服务供给的公共政策框架。养老服务与长期照护服务在服务供给上是连续的，但从政策设计和实施的角度，需要更加突出失能老人的需求，将公共资源向失能老人集中。传统上将长期照护服务纳入一般养老服务中，是因为在人口年龄结构较轻的情况下，失能人员的照护并不是一个突出问题。但随着老龄化的加深，失能老人规模在不断扩大，对长期照护的需求不断增长。如果仍然将长期照护公共政策放在养老服务的框架中，难以满足失能群体的需求，而且也带来供需长期失衡以及公共资源的浪费。

第二，在提升治理能力、改善治理环境并提高政策实施水平和监管水平的情况下，逐步考虑对承担家庭照护的人员提供现金补贴。削减不必要的对机构照护的公共补贴，将其转移到家庭支持上。

第三，要逐步建立对家庭照护的支持体系，通过公共干预协调家庭照护与就业之间的冲突，实现家庭照护、照护人就业以及失能老人福利之间的平衡。据此，一是建立家庭照护人员的公共培训体系，为家庭照护者提供技术支持。失能人员的照护需要一定的专业知识，而家庭照护人员多数并不具备这种专业知识。因此，建立家庭照护的支持政策首先需要家庭中提供照护的人员进行专业化的培训，提升专业技能。这一培训体系既可以是公共的，也可以委托市场化的培训机构进行。二是为家庭照护人员提供相应的喘息服务。长期照护失能人员给提供照护服务者带来较大的体力和精神压力。对此，应该建立相应的公共支持政策，为照护人员特别是长期照护失能老人的人员提供喘息服务。三是对主要承担照护职责的家庭成员的就业以及医疗、养老等社会保障进行保护。对失能人员的照护是一个连续过程，势必影响外部就业的连续性以及

与连续就业相关的社会保障权益。比如社会养老保险所要求的连续缴费年限，由于就业的中断，其积累权益受到影响。因此建议在计算社会保险的参保缴费年限时，承认其家庭照护期间的贡献，或者由公共部门承担起缴费责任。四是对家庭照护提供相应的技术支持，包括护理技术以及专业化的辅助器具等。特别是随着护理技术的进步以及家用中小型失能人员护理辅助器具的出现，可建立面向家庭的辅助器具使用、租赁等公共政策。五是充分利用现代“互联网+”等技术，在外部市场化的照护服务与家庭内部照护服务之间建立链接，有效结合两者的优势：将能够标准化、物理性的照护服务转移给外部机构，个性化、情感性的照护服务由家庭承担，并建立二者之间的链接。

上述这些政策措施都离不开治理环境的改善和治理能力的提升。家庭照护涉及家庭内部行为，具有隐私性、私密性。但在引入公共资源后，也需要相应的监管以保证公共资源的使用效率。这需要极高的公共治理能力和良好的治理环境。从目前看，一是提高信息化水平，利用可穿戴设备等，建立家庭照护的信息监测体系；二是建立照护人员的诚信评价和记录体系。

参考文献

杜鹏、纪竞堃：“中国长期照护政策体系建设的进展、挑战与发展方向”，《中国卫生政策研究》2019年第1期。

李珍：“关于完善老年服务和长期护理制度的思考与建议”，《中国卫生政策研究》2018年第8期。

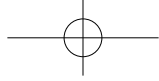
廖少宏、王广州：“中国老年人口失能状况与变动趋势”，《中国人口科学》2021年第1期。

全国老龄工作委员会办公室编：《第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查数据集》，华龄出版社2018年。

王洪娜：“医养结合养老机构服务效率及其影响因素——基于山东省226家医养结合养老机构数据分析”，《重庆社会科学》2020年第5期。

王金营、李天然：“中国老年失能年龄模式及未来失能人口预测”，《人口学刊》2020年第5期。

王震、朱凤梅：“长期照护服务供给的国际趋势”，《中国医疗保险》2017年第



2 期。

王震：“养老保险中的性别政策评述”，《经济学动态》2009 年第 7 期。

吴帆：“中国家庭老年人照料者的主要特征及照料投入差异——基于第三期中国妇女社会地位调查的分析”，《妇女研究论丛》2017 年第 2 期。

杨翠迎：“我国社会养老服务发展转变与质量提升——基于新中国成立 70 年的回顾”，《社会科学辑刊》2020 年第 3 期。

杨团：“中国长期照护的政策选择”，《中国社会科学》2016 年第 11 期。

于建明：“政策视角下新中国养老服务体系发展历程”，《社会政策研究》2020 年第 1 期。

张良文、方亚：“2020—2050 年我国城乡老年人失能规模及其照护成本的预测研究”，《中国卫生统计》2021 年第 1 期。

朱宝生、乔晓春：“北京市养老机构入住率的影响因素研究——基于北京市养老服务设施摸底普查数据”，《调研世界》2018 年第 9 期。

朱凤梅：“基于所有权性质的养老机构特征研究——来自 2016 年全国养老机构的调查”，《卫生软科学》2019 年第 1 期。

朱玲、何伟、金成武：“农村劳动力转移与养老照护变迁”，《经济学动态》2020 年第 8 期。

Baumol, W. J., 1993, Health Care, Education and the Cost Disease: a Looming Crisis for Public Choice. *Public Choice*, 77: 17–28.

Cawley, J., D. Grabowski, and R. Hirth, 2004, Factor Substitution and Unobserved Factor Quality in Nursing Homes. NBER Working Paper 10465.

Chappell, N. L., B. H. Dlott, M. J. Hollander, J. A. Miller, and C. McWilliam, 2004, Comparative Costs of Home Care and Residential Care. *The Gerontologist*, 44(3): 389–400.

Colomob, F., A. Llena-Nozal, J. Mercier, and F. Tjadens, 2011, Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care, OECD Health Policy Studies, OECD: Paris.

Cremer, H., P. Pestieau, and G. Ponthiere, 2012, The Economics of Long-Term Care: a Survey. *Nordic Economic Policy Review*, 2: 107–148.

Gibson, M., and D. Redfoot, 2007, Comparing Long-term Care in Germany and the United States: What Can we Learn from Each Other? #2007–19, AARP Public Policy Institute, https://assets.aarp.org/rgcenter/il/2007_19_usgerman_ltc.pdf.

Folbre, N., 2018, Gender and the Care penalty, in L. Argys, S. Averett, S. Hoffman,

(eds.). *Oxford Handbook of Women in the Economy*, New York: Oxford University Press.

Hollander, M. J., and N. L. Chappell, 2007, A Comparative Analysis of Costs to Government for Home Care and Long-term Residential Care Services, Standardized for Client Care Needs. *Canadian Journal on Aging*, 26(S1): 149–161.

Hoyt, J., 2021, History of Senior Living, <https://www.seniorliving.org/history/>.

Kok, L., B. Caroline, and K. Sadiraj, 2014, Costs and Benefits of Home Care for the Elderly Versus Residential Care: a Comparison Using Propensity Scores. *The European Journal of Health Economics*, 16(2): 119–131.

Lapre, F., M. Stevenson, B. Kaserer, and M. Mattersberger, 2019, *Long-term Care 2030*, European Aging Network.

Li, J., and Y. Song, 2019, Formal and Informal Care, in D., Gu, and M. E. Dupre, (eds.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*, Springer Nature Switzerland AG.

Lopez-Hartmann, M., J. Wens, V. Verhoeven, and R. Remmen, 2012, The Effect of Caregiver Support Interventions for Informal Caregivers of Community-dwelling Frail Elderly: a Systematic Review. *International Journal of Integrated Care*, 12:1–16.

Naldini, M., E. Pavolini, and C. Solera, 2016, Female Employment and Elderly Care: the Role of Care Policies and Culture in 21 European Countries. *Work, Employment and Society*, 30(4): 607–630.

OECD(2005), *Long-term Care for Older People*, OECD Publishings.

Razavi, S., 2007, The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions, and Policy Options, Gender and Development Program Paper No.3, UN Research Institute for Social Development.

Shaw, C., R. McNamare, K. Abrams, R. Cannings-John, K. Hood, M. Longo, S. Myles, S. O'mahony, B. Roe and K. Williams, 2009, Systematic Review of Respite Care in the Frail Elderly. *Health Technology Assessment*, 13(20): 1–224.

Triantafillou, J., M. Naiditch, and K. Repkova, S. Carretero and K. Leichsenring, 2010, European Overview Paper: Informal Care in Long-term Care System, Interlinks, https://www.academia.edu/25914976/INTERLINKS_European_Overview_Paper_Informal_Care_in_the_Long_term_Care_System.

Zinn, J. S., 1993, The Influence of Nursing Wage Differentials on Nursing Home Staffing and Resident Care Decisions. *The Gerontologist*, 33(6): 721–729.

(责任编辑:原宏)