

长期照护制度： 国际经验与国内政策与实践

Long-Term Care System:
International Experiences and Domestic Policies and Practices

于保荣 等 编著

 中国金融出版社

非外借

长期照护制度： 国际经验与国内政策与实践

Long-Term Care System:
International Experiences and Domestic Policies and Practices

于保荣 等 编著

 中国金融出版社

责任编辑：贾 真

责任校对：刘 明

责任印制：丁淮宾

图书在版编目（CIP）数据

长期照护制度：国际经验与国内政策与实践（Changqi Zhaohu Zhidu: Guoji Jingyan yu Guonei Zhengce yu Shijian）/ 于保荣等编著. —北京：中国金融出版社，2018.7

ISBN 978-7-5049-9497-4

I. ①长… II. ①于… III. ①老年人 — 护理 — 福利制度 — 研究 — 中国 IV. ①D632.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2018）第 052574 号

出版
发行

中国金融出版社

社址 北京市丰台区益泽路 2 号

市场开发部 (010) 63266347, 63805472, 63439533 (传真)

网上书店 [http: //www. chinafph. com](http://www.chinafph.com)

(010) 63286832, 63365686 (传真)

读者服务部 (010) 66070833, 62568380

邮编 100071

经销 新华书店

印刷 北京市松源印刷有限公司

尺寸 169 毫米 × 239 毫米

印张 26

字数 438 千

版次 2018 年 7 月第 1 版

印次 2018 年 7 月第 1 次印刷

定价 80.00 元

ISBN 978-7-5049-9497-4

如出现印装错误本社负责调换

联系电话 (010) 63263947

前言

长期照护（Long-Term Care）（也有诸多文献翻译为“长期护理”）制度是应对老龄化的社会制度安排。但我国在过去的二十多年，从政府到社会各方面，一直在强调老龄化和未富先老的威胁，但在实践层面，除去养老、敬老和助老方面做了一些工作，但始终没有一个根本解决问题的社会制度出台。

2016年6月，人力资源与劳动社会保障部开始在15所城市试点“长期护理保险制度”，希望用两年的时间探讨出适合中国特色的长期照护保险制度；同时，《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十三个五年规划的建议》中提出“探索建立长期护理保险制度”，长期护理保险将是未来五年我国社会保障建设的重点之一。

国际社会长期照护制度的道路是如何走过来的，虽然有不少文献报道，但迄今为止尚无一本综合介绍不同制度国家的经验；对国内不同地区的应对老龄化的政策和实践，也没有专门的著作进行梳理。但这些内容对于中国正在试点和不远的将来将要建立的制度至关重要。就此我们的团队从2015年开始，对国内不同地区应对老龄化的政策和实践资料进行了收集整理，同时分析整理了16个国家和地区的长期照护制度资料，希望能够为我国的长期照护制度的顶层设计提供思路和借鉴。

长期照护制度脱胎于医疗制度安排，在部分国家属于社会救助体系的内容。本书分为两篇。上篇从发展背景、制度设计、供给模式、标准体系、监管制度等方面，介绍了16个国家和地区长期照护制度的发展经验，呈现国际社会长期照护保障体系的发展情况，希冀为中国的制度设计提供经验借鉴。

综观各个国家和地区，长期照护的制度安排大体可以分为社会福利或社会救助型、社会保险型、社会福利与社会保险之间的混合模式、社会保险与商业保险结合模式、依靠家庭的自给自足模式等几种。但无论哪种制度安排，对中国的借鉴有以下几个方面：一是其建立制度的理念，是基于强调穷人权利的社会救助型，还是强调社会团结的社会保险型；二是其制度的安排，如何做到在

刚性的社会需求和个人化的需求、如何在社会福利和个人及家庭责任之间平衡。这两个方面，是长期照护作为一项社会制度的设计必须要考虑清楚的。从2009年开始的所谓“新医改”创造了很多新的名词，“顶层设计”便是其一。“顶层设计”无非是制度设计的代名词，其重要性不言而喻。结合中国的实践，做好制度的“顶层设计”，一是需要科学、先进的理念；二是需要一个国际化的视野和对不同国家制度的历史、发展、现状和未来的清晰把握；三是需要一个科学的治理机制。无此，则难以做到源远流长。

长期照护制度，其核心内容一为筹资的制度安排，二为服务提供体系的组织，三为从筹资到服务提供之间的市场机制的形成。

本书下篇分别梳理归纳我国部分省、自治区和直辖市有关老年人群医疗、养老、照护等方面的办法政策及实施情况，各地区资料大体按照“服务内容”“财政政策”“产业政策”和“实践”的逻辑顺序进行整理。

由于制度的因素，虽然中国人口众多、各地经济与社会发展多样性，但从整体上看，各地政策和实践基本呈现同质化倾向，内容包括就医、老年病门诊、家庭病床、老年医学、老年优待证、健康体检、法律服务；居家养老、社区老人助餐、帮困送温暖、助浴、居室适老改造、组织了各种志愿者及老年人互助活动；发放各种补贴、发展各种日间养老机构、对养老机构进行建设和运营补助；政策扶持民营和社会力量发展；医疗机构与养老机构合作服务老年人；税收优惠、减免等各种产业扶持政策；等等，非常广泛。但从实际效果上看，类似于“撒芝麻盐”的做法：似乎哪个方面都点到了但哪个方面又都没有做到深入、到位。实际上，各级财政安排的养老经费额度都不少，但经费的使用方法分散、效果并不理想，甚至还有很多仅仅是为了花钱而花钱的浪费现象。而建立社会化的长期照护保险制度，是解决老龄化问题的不二之选。实际上我们在相关的实证研究中发现，在某个人口为960万人的地级市，各级财政投入的养老经费足以建立一个非常好的长期照护保险制度。所以，如何将现有使用效率低下的财政资金重新调整使用部门和使用方法，是解决资源不足和提高现有资源使用效率的一个核心问题。

对中国不同地区的政策和实践梳理，目的是希望对既往多年的工作进行总结，以为未来的政策进一步发展提供基础的背景资料。

本书是由本人带领对外经济贸易大学保险学院的硕士研究生完成的，参加国际部分资料整理的同学分别有：谌茂华（瑞典）、王瑶（英国）、余茗（德

国)、李紫萌(法国)、朱永玲(美国)、张梦蝶(新加坡)、贺析一(日本)、殷丹阳(台湾)、孙莹洁(丹麦)、李丽明(加拿大)、王雪艳(澳大利亚)、宋宜嵘(韩国)、赵淑琪(荷兰)、田畅(奥地利)、刘卓(意大利)、葛瑞莹(以色列)16人;参加国内部分资料整理的同学有:柳雯馨(上海、山西、甘肃、宁夏、四川)、王晗(江苏、广东、浙江、海南、福建、安徽、陕西、贵州)、田畅(北京、天津、河北、内蒙古)、葛瑞莹(山东、河南、湖北、湖南、重庆)、郜丹(辽宁、广西、吉林、黑龙江、江西、青海)5人。

本书是以上各位同学努力工作的结果。同时,我们也对书中所有原始文献的作者致谢,没有他们先期的基础工作,本书也难以成行。国际经验部分内容多来自二手文献,一些资料在整理过程中可能会对个别参考文献的标注有所疏漏,如有此现象发生,希望原著作者能够理解我们急于整理国际经验服务国内实践,并无侵犯知识产权之意的情形。

由于水平及各方面条件限制,本书难免存在诸多不足之处。但如果通过阅读本书,能使读者理解国际经验的精髓,同时对国内多年的政策和实践有一个清晰的理解,则本书有所值矣。

于保荣

2017年11月20日于北京

目 录

上 篇 长期照护制度：国际经验与借鉴

第一章 欧洲	3
英国	3
德国	14
法国	27
意大利	37
荷兰	41
瑞典	51
奥地利	61
丹麦	72
第二章 美洲	82
加拿大	82
美国	89
第三章 亚洲及大洋洲	101
以色列	101
日本	108
中国台湾	122
新加坡	136
韩国	147
澳大利亚	159
参考文献	175

下 篇 应对老龄化：国内政策与实践

第四章 东北地区	187
辽宁	187
吉林	194
黑龙江	200
第五章 东部地区	208
北京	208
上海	222
天津	243
山东	253
河北	261
江苏	270
广东	278
浙江	282
海南	288
福建	292
第六章 中部地区	296
山西	296
安徽	303
江西	307
河南	313
湖北	317
湖南	321
第七章 西部地区	328
陕西	328
贵州	333
甘肃	340

宁夏·····	350
重庆·····	355
四川·····	362
青海·····	370
内蒙古·····	375
广西·····	381
参考文献·····	391

上 篇

长期照护制度：国际经验与借鉴

第一章 欧 洲

英 国

一、制度背景

（一）第二次世界大战后社区护理模式迎来发展契机

第二次世界大战结束后，英国经济较快地恢复了战争带来的创伤，进入了一个快速发展的黄金时期。国家投入大量的经济资源，建立了完善的社会福利制度。在该制度下，对老人的长期护理被视为国家的职责，政府提供的护理服务以免费的医疗及免费或低费的“住院式”机构护理服务为主。但是，随着人口老龄化的到来及英国经济发展的放缓，政府难以承受庞大的经济开支。再加上受 20 世纪 60 年代的“反院舍化”“去机构化”思潮的影响^[1]，撒切尔夫人主政后积极推动以社区护理为主要长期护理方式，社区护理因而得到迅速发展，在 20 世纪 70 年代已经相当普及。

1. 人口老龄化危机，经济不景气。20 世纪 70 年代，英国老年人口占比上升，老龄化状况较为严重，此时资本主义国家面临着经济滞胀局面，经济发展不景气，势头由强转弱。社会老人所需的机构护理的增加使得机构护理部分财政开支日益膨胀，财政赤字加大，国家不堪重负。表 1-1 显示 19 世纪 70 年代到 20 世纪初的 65 岁及以上人口的分布情况。

2. “住院式”护理与“以人为本”的文化传统相背离。在机构护理模式中，老年人在政府开办的福利院中虽然能得到免费的护理服务，但脱离了社区和家庭，不能同正常人交流，从而失去适应社会、正常生活的能力。此外，有的住院者还受到被冷漠的待遇。这种“住院式”护理使得被护理者产生被隔离、被舍弃的感觉，与倡导个人权利的英国文化传统大相径庭，导致 20 世纪 60 年代“反

院舍化”“去机构化”思潮盛行，以社区为中心的护理方式得到了大力提倡。

表 1-1 19 世纪 70 年代到 20 世纪初的 65 岁及以上人口的分布情况

年份	65 岁及以上人口数量（人）	65 岁及以上人口占比（%）
1971	7306000	13.2
1981	8168000	14.8
1991	9084000	15.8
1998	9271000	15.7

资料来源：Table prepared by Congressional Research Service (CRS) based on data from the U.S.Bureau of the Census, International Data Base.

（二）制度化的社区护理模式形成

20 世纪 80 年代，社区护理变成了国家的福利政策。1989 年，英国政府颁布《社区护理白皮书》^[2]，其中对社区护理进行了定义。数据显示，1990 年之前，NHS、英国国家健康保险项目、机构住院服务负责为长期护理服务提供资金支持，这部分服务不需要服务接受者付费。但是 1990 年之后，《卫生服务机构和社区服务法》为应对日益增长的机构服务费用，受到财政激励而创办了以家庭和社区为基础的服务。1990 年，政府颁布《社区护理法》，后经过三年实践，于 1993 年在全国推行。1997 年，皇家委员会受国家卫生部长任命负责长期护理工作，其主要职责是为老年人的长期护理筹资提供建议，对资金及其运转提供意见。1999 年，长期护理皇家委员会对英国国会关于现存系统的改革提出了建设性意见。2001 年，英国政府提出了老年人居家养老为主的长期护理计划，发展社区助老服务，为居家养老的老年人提供全方位服务支持，目的是为老人提供公平、高品质的健康和社会服务。经过多年的不断实践，英国形成的长期护理模式是以社区护理为主要形式，国家实行社会保障型的政策，政府向居民提供以公共财政为主要责任的长期护理津贴计划^[3]。

二、筹资机制

在英国接受长期护理服务的人员一般为 65 岁及以上老人以及失能人员。英国的长期护理服务所需的资金以一般税（所得税、营业税等）为财务来源，实行中央政府财务预算方式。但是，公共系统并不能覆盖全部长期护理费用，很

大部分护理费用必须由被赡养者及其家人承担，所需缴纳的费用与所接受的服务相关，一般有额度上的限制。

接受国家的长期护理服务所要求的经济条件十分苛刻，即个人必须耗尽其大部分资产（包括受赡养者或其配偶不居住的房产）。只有当资产低于某个金额时，个人才有资格获得政府支持。因此，受赡养者往往被迫出售自己的住宅或变现任何可用的资产，以便筹措医护或机构护理费用，一旦需要护理者没有能力承担费用，则由公共财政支持。因此，不满足接受国家长期护理服务的人员必须要承担接近全部的费用支出，满足国家长期护理服务的人员所缴纳的费用较少，一般由国家负担。

三、服务内容

在长期护理领域，英国覆盖范围较为狭窄，主要为 65 岁及以上人群及失能者提供援助服务，英国的长期护理侧重对低收入群体的援助，属于救助型津贴模式^[4]。所有申请者必须经过严格的调查过程。在该津贴制度下，主要依靠政府财政来无偿支持资产低于一定水平的失能者及失能者的家庭。覆盖对象在筛选过程中，既要考虑一般的等级认定程序，又要对个人资产或家庭进行调查，获得津贴水平和获得的服务项目主要参照其实际需要和资产能力。英国长期护理计划提供的资金支持及服务类别包括以下四种。

（一）失能者生活津贴

对于没有达到 65 岁的人群，可以申请该项护理津贴计划，该项护理津贴计划首先基于对失能人群的认定，失能是指“存在诸如进食、洗澡、洗衣等每天的具体时间中需要得到满足的需求，且至少每天一次；也存在如厕之类不可固定的通常 24 小时给予护理的需要”。该护理津贴的获得需要通过问卷调查和进一步医学考评来作出认定。具体要求为，必须存在至少 3 个月以上的实际需要，该种护理需要预计至少持续 6 个月，且该项津贴的获得还需申请者满足一定的经济条件。

（二）老年人护理津贴

对于达到或超过 65 岁的有个人护理需要的老年人，可以申请老年人护理津贴。申请该津贴具体要求：至少存在 6 个月的护理需求，若对象身患绝症，可在特殊规则设计下对资格鉴定周期不做强制性的要求。2006 年出台规定，资产若高于 21000 英镑，则不能进入护理津贴的权利范围。2002 年，苏格兰开始为

年满 65 周岁及以上的老人提供家庭护理服务，而不管个人收入与资产状况，只要满足 65 周岁都可以获得该项津贴。

（三）社区护理补助金^[5]

社区护理补助金主要向护理老年病人的低收入家庭提供。该部分补助金在当地政府所属的社会安全福利办公室申请，由地方社会基金支付。享受社区护理补助金需要具备一定的条件，需要进行财产和收入状况调查，即所谓的“家庭经济情况调查”。具体调查内容为家庭收入水平、物价水平、住房条件、家庭就业状况等。另外，还要结合受护理病人的病情状况。

（四）非正规护理服务提供者收入补助

政府按月向非正规护理服务提供者提供一定收入补助。该类型计划提供的收入援助不是对所提供护理服务本身价值的完全补偿，而是对那些因向身边亲友提供护理服务而无法从事全职工作的人员提供最低水平补贴，援助对象主要是低收入群体^[6]。该制度下，政府有权核查服务提供者配偶的收入状况和财产水平，以避免来自中等或高收入家庭护理服务人员免费搭车。在英国该部分限制比较严格。

四、服务类别

英国长期护理津贴计划的服务主要有：居家护理（居家医疗护理、居家保健护理、个人生活护理、家政服务）；社区护理（日间医院、日托中心、短期护理服务中心），机构护理（老人院、老人福利院、老人护理员等），以服务或现金提供服务的方式^[7]。具体分类为以下三种。

（一）居家护理服务

居家护理服务又分为家庭护理和个人护理 / 家庭护理。家庭护理提供的服务通常涉及医疗类的服务，个人护理 / 家庭护理是指为老人提供家务助理或家庭护理，包括洗澡、穿衣、打扫卫生、洗衣服、购物、做饭、服药等。

（二）社区护理

社区护理分为社区内护理和社区护理。前者的服务提供者是社区内专业工作人员，他们让社区内的生活困难群体走出家门，到专门的服务机构接受专业

服务。后者的服务人员主要是老人的亲朋、邻里，以及志愿者组织等，服务方式为上门服务，该服务与居家护理服务的个人护理/家庭护理所提供的服务内容大致相同。社区护理的目的是使老人尽可能长时间地留在他们自己的家里和生活在社区中，并且能够维持令人满意的生活质量，尽量避免进入机构。具体服务项目和内容如下：

1. 日间护理中心。日间护理中心的功能是为老人提供日间护理服务，晚上则需回家，老人也可一周有几天接受日间护理。日间护理中心在家庭护理和院舍护理之间架起了一道桥梁，满足老人的各种需要。例如，有医院式样的日间护理，也有在社区中的院舍之家里的日间护理中心。日间护理中心可以由社区中的社会服务机构来运作，还有提供专家式专门护理的日间中心，例如，针对痴呆症老人提供服务的日间护理中心。日间护理中心除在白天向老人提供饭食服务和康乐及社会功能性服务外，还提供身体与心理功能康复服务，以及为老人提供的缓解服务。

2. 日间活动中心和午饭服务。这种服务专门为老人提供社交活动、社会联结，以促进老人的身体和社会机能，主要服务是组织老人聊天、旅行和开展各种娱乐活动。

3. 孱弱老人公寓及日间护理中心。这种服务设施专门为孱弱和意识不清的老人提供服务，通过提供支持性的服务帮助老人留在社区中生活。

4. 其他支持性服务。这类支持性服务包括集体假日出行活动；志愿交通服务，由志愿者接送老人，帮助老人探访住院的朋友、亲属等；老人权利咨询，例如，有关国家津贴、房屋津贴等政策咨询服务；老人居家生活服务，涉及老人的洗澡、居家安全、水暖维修等；职业治疗方面的服务包括老人职业和物理治疗服务，提供职业治疗的日常用具，并教授使用知识；老人轮椅、居家送饭服务；老人的家务助理服务，由居家护理服务队负责，服务项目包括：帮助起床、穿衣、梳洗、购物、打扫房屋、去洗手间等。

（三）院舍护理

英国院舍护理服务包括下列形式和内容。

1. 护理院。护理院提供医院设施外的最密集与最持续的护理。这些机构受到严格的管制，并被要求符合一定的标准，譬如每天24个小时都要有合格的护理人员。

2. 养老院。养老院面向非失能的老人提供多种多样的服务，并在促进积极的社会与个人生活方式维持的同时，通常会考虑到老人独立性的逐渐丧失而为他们提供相应的服务。对于那些不能独立完成日常生活活动或者患有持续性身体或心理症状（无须密集医学治疗）的人，院舍为他们提供一个长期性治疗，由全科医生提供老人在养老院中的健康护理。

3. 老人公寓。这类院舍服务在形式上是公寓式的。生活在公寓中的老人不需要持续性的护理，他们居住在分开的单元房里，使用公共生活设施，遇有自己不能干的事情时可以呼唤管理员来帮助，如换灯具、搬动室内家具等，此为管理员呼唤服务。老人公寓主要是为身体健康、能够自己独立生活和偶尔需要协助的老人而设。

五、评估体系

英国卫生部曾对评估标准提出过纲领性的建议，将对有护理需求的人提供服务和支持视作是地方政府的必要责任，对护理需求进行评估的维度包括社会护理、医疗服务、住宿、就业和经济水平，以及交通和公共设施的使用情况。作为中央政府提出的措施建议在宏观上产生领导性意义，在各地方社区的护理等级评估中形成总体纲领，具体的等级评估制度都在各地方层面设定。地方当局通过社会服务部门评估个人对长期护理的需求以及制订需求计划。运行过程中地方当局的护理经理负责评估个人长期护理服务需求。

英国护理需求者申请养老院等福利院服务，首先需接受需求评估。以国家标准为基准，需求者的收入和资产情况用来衡量个人能得到多少的服务，这被称为“均值检验”。按照规定，如果个人资产超过 16000 英镑，则不能获得财政支持，接受服务时必须自己支付费用^[8]。若个人资产低于 16000 英镑，也必须支付一部分费用。而今，英国开始提供不用“均值检验”的家庭医疗及机构护理服务，但是个人护理服务还需接受“均值检验”。

对于家庭护理服务，机构养老院的评估体系照样适用，各地方政府制定的评估标准不同。但主要都涉及以下几个方面：现有的家庭环境情况，现有的护理情况（包括已获得的护理服务），已建立互助关系的稳定程度和继续护理服务的需求，完成日常生活活动的的能力，家务援助的需求；相关病史、用药史（包括精神健康状况）；愈后情况；护理服务的可得性，老年问题的复杂性、稳定程度、可预测性以及危险因素；资金状况和医疗保险情况。