

老龄化背景下失能老年人长期照护的社会保险支持体系构建研究

高山 刘子渲 刘昱翔 李佳瑶

辽宁科技大学经济与法律学院, 中国·辽宁 鞍山 114051

摘要: 随着中国人口老龄化进程加快, 失能老年人照护面临家庭经济负担沉重、专业资源匮乏等严峻挑战。当前, 以基本医疗保险和地方长期护理保险试点为主的支持体系存在覆盖范围窄、筹资机制单一、服务供给低效等制度性缺口, 难以满足失能群体的多元需求。论文基于社会保障理论与福利多元主义视角, 结合国际经验与案例分析, 系统剖析中国失能照护现状及制度缺口, 提出构建“政府主导、多元共担、医养协同”的社会保险支持体系。研究建议通过确立独立长期护理保险制度、构建多元筹资机制、完善分层保障与服务供给、强化政策协同等路径, 破解失能老年人“照护难”与“保障弱”的双重困境, 以期优化中国失能老年人社会保障制度提供理论与实践参考。

关键词: 失能老年人; 长期照护; 社会保险; 支持体系; 筹资机制

Research on the Construction of Social Insurance Support System for Long-term Care of Disabled Elderly People in the Context of Aging

Shan Gao Zixuan Liu Yuxiang Liu Jiayao Li

School of Economics and Law, Liaoning University of Science and Technology, Anshan, Liaoning, 114051, China

Abstract: As China's population ages rapidly, the care of incapacitated elderly faces severe challenges such as heavy economic burdens on families and a lack of professional resources. The current support system, primarily based on basic medical insurance and local long-term care insurance pilots, has institutional gaps including narrow coverage, single funding mechanisms, and inefficient service provision, making it difficult to meet the diverse needs of the incapacitated population. This paper, grounded in social security theory and the perspective of welfare pluralism, combines international experiences and case studies to systematically analyze the current state and institutional gaps of care for incapacitated elderly in China. It proposes building a social insurance support system characterized by “government leadership, shared responsibility, and integration of medical and nursing services”. The study suggests addressing the dual challenges of “difficult care” and “weak protection” for incapacitated elderly through establishing an independent long-term care insurance system, constructing a diversified funding mechanism, improving tiered protection and service provision, and strengthening policy coordination. This aims to provide theoretical and practical references for optimizing the social security system for incapacitated elderly in China.

Keywords: disabled elderly; long-term care; social insurance; support system; financing mechanism

0 前言

中国正经历全球规模最大、速度最快的老龄化进程, 失能老年群体的照护问题已成为亟待解决的社会难题。《2023 年度国家老龄事业发展公报》显示, 全国失能老年人口已达 3500 万, 占 60 岁以上人口的 12%, 其中重度失能者约 700 万, 中度失能 1050 万, 轻度失能 1750 万。失能照护成本远高于家庭承受能力, 失能老人年均综合照护成本达 7.2 万元, 远远超出 2024 年全年全国居民人均可支配收入 41314 元, 农村家庭因护致贫率更是高达 15%。与此同时, 少子化与城镇化导致家庭照护功能持续弱化, 65 岁以上老年人与子女同住比例降至 58%, 农村留守老人失能率较城市高出 7 个百分点, 传统家庭照护模式难以为继, 亟须制度化的社会支持体系介入。

当前中国失能照护支持以基本医疗保险和地方长期护理保险(以下简称“长护险”)试点为主, 但制度性缺陷显著: 基本医疗保险仅覆盖医疗护理, 生活照料完全缺位; 2016 年启动的长护险试点虽覆盖 1.8 亿人, 却仅 236 万人受益, 且筹资高度依赖医保基金, 农村居民与灵活就业者长期被排除在保障范围外。在此背景下, 构建系统化的失能老年人长期照护社会保险支持体系, 既是应对“未富先老”国情的现实选择, 也是社会保障理论在特殊群体保障领域的重要拓展。

1 理论基础与研究现状

1.1 理论支撑

社会保障理论强调失能照护的社会共担属性, 认为个

体失能带来的高额照护成本超出家庭抵御能力，需通过制度化手段实现风险分摊，体现“权利义务对等”与“社会互助”原则。福利多元主义理论进一步提出，应构建“政府主导、家庭基础、市场补充、社区协同”的立体化照护体系，明确不同主体在照护责任中的角色：政府负责制度设计与托底保障，家庭承担基础照护责任并获得政策支持，市场提供专业化服务，社区整合在地化资源，四者协同提升照护效率。积极老龄化理论则赋予失能照护更高目标，强调通过康复训练、社交参与等维护老年人尊严，推动制度从单纯“生存保障”向“发展型保障”升级^[1]。

1.2 中国研究进展

中国研究围绕失能照护制度本土化展开探索，相关成果为制度构建提供了重要参考。有研究提出将长期护理保险确立为独立险种，纳入社会保障体系，与基本医保、养老保险形成功能互补；基于地方试点经验的分析指出，需建立“政府引导、多元共担”的筹资机制，平衡不同群体缴费责任；实证研究显示，试点过程中存在城乡保障不均、服务供给不足等问题，建议加强制度整合，构建覆盖全民的照护保障网络^[2]。

然而，既有研究仍存在三方面待突破领域：一是契合中国“未富先老”国情的理论分析框架尚未完善，二是农村地区尤其是集体经济薄弱区域的制度适配性研究不足，三是智能照护设备与社会保险制度的融合路径仍需深入探索。这些方向的深化研究，将为破解失能照护制度的本土化难题提供更具针对性的理论支撑与实践路径。

1.3 国外研究现状与实践经验

国外失能照护制度历经数十年发展，形成了多元模式与研究共识，为中国提供了重要镜鉴：德国 1995 年实施的《长期护理保险法》构建了全民强制参保与三方共担筹资模式，筹资来源包括雇主与雇员各 0.85% 的工资税、政府对低收入群体的补贴，按失能等级提供差异化保障，强调“权利义务对等”与社会互助。日本 2000 年推行的介护保险制度以“地域综合照护”为核心理念，覆盖 40 岁以上人群，筹资由保费与政府补贴各承担 50%，通过“市町村”社区福祉中心与家庭护理员网络整合，将 70% 的失能老人纳入居家照护，体现了预防优先与社区整合的服务逻辑。美国采用“医疗补助（Medicaid）+ 商业保险”双轨制，政府兜底低收入群体，市场提供个性化服务，虽灵活适配不同需求层次，但公平性不足，中等收入群体面临“保障真空”。瑞典以高税收支撑全民免费照护制度，将康复训练、社交参与等纳入保障范围，90% 的失能老人通过社区服务实现“就地老化”，是积极老龄化理论的典型实践，但面临高财政支出与人口老龄化的可持续性挑战。

国外研究总结出失能照护制度的三大共性特征：其一，筹资机制多元化，如德国三方共担、日本保费与政府补贴结合，均突破单一依赖医保的局限，强调个人责任与社会共济；

其二，服务供给在地化，日本“市町村”网络、瑞典社区服务中心的实践表明，以社区为枢纽整合资源能显著提升服务可及性与效率；其三，保障分层精准化，德国按失能等级给付、美国双轨制设计，均体现了“按需分配”原则，平衡公平与效率。这些经验为中国破解筹资单一化、服务低效化等问题提供了路径参考。

2 中国失能老年人长期照护现状与制度性缺口

2.1 需求特征与现实挑战

失能老年群体规模与照护需求呈现双重升级趋势。据测算，到 2050 年，中国失能人口将增至 5800 万，其中不同程度的失能状态对应差异化的长期照护成本，相关费用远高于城乡居民收入水平，导致相当比例的失能家庭面临沉重的经济负担，陷入医疗支出型贫困的风险持续加剧^[3]。家庭照护能力的弱化加剧了这一困境，户均人口规模缩小至 2.62 人，60 岁以上失能老人依赖配偶照护的比例达 45%， “老人照护老人”现象在农村地区尤为普遍，照护质量与可持续性面临严峻考验。

2.2 现有支持体系的结构性缺陷

第一，保障覆盖碎片化。基本医疗保险仅报销与疾病相关的医疗护理费用，日常生活照料，如助浴、送餐、康复训练等被完全排除在保障范围外，且住院护理费用报销比例不足 60%，家庭需承担大量非正式照护成本。长护险试点虽在 31 个城市展开，但农村居民参保率不足 8%，灵活就业者、农民工等群体长期被制度边缘化，仅 15% 的失能人口实际受益，保障覆盖面严重不足。

第二，筹资机制单一化与不可持续。当前试点主要依赖医保基金划转和财政补贴，个人与社会力量参与不足。2023 年全国社保基金用于失能照护的支出仅占 8%，且未建立独立筹资渠道，年轻群体与健康人群缺乏缴费激励，基金收支平衡压力随老龄化加剧而增大，农村地区因集体经济薄弱问题更为突出^[4]。

第三，服务供给低效与区域失衡。全国护理型养老床位仅 180 万张，供需比达 1:19，农村地区缺口高达 70%；专业护工队伍缺口达 400 万，流失率高达 30%，康复辅具适配率不足 20%，智能照护设备应用局限于东部少数试点区域，技术赋能作用微乎其微。服务供给的城乡差距显著，中西部农村地区月均养老服务补贴不足 500 元，仅为东部城市的 1/5，且申请条件严苛，低保失能老人覆盖率不足 20%，形成制度保障“真空地带”。

2.3 典型案例分析

辽宁省鞍山市作为东北地区典型老工业城市，鞍山市面临严峻的人口老龄化与失能照护挑战。截至 2023 年末，全市 60 周岁及以上户籍老年人口达 101.1 万人，占户籍总人口的 31.0%，老龄化程度高出全国平均水平 10 个百分点。据《2023 年度鞍山市老龄事业发展公报》测算，全市失能

老人约 8.1 万人，其中 76% 居住在农村，远超城市失能人口比例。受城乡二元制度分割与工业化转型影响，农村失能群体在制度保障与服务资源上存在显著缺口。

在制度保障层面，基本医疗保险仅覆盖住院医疗护理，而日常生活照料、康复训练等长期照护服务未纳入保障范围，相关费用需家庭全额承担。受限于地方经济发展水平与制度试点覆盖不足，鞍山市尚未建立专门的长期护理保险制度，农村居民被完全排除在制度保障外。仅有少数低保失能老人可获得政府补贴，但补贴标准较低，远低于市场照护价格，难以缓解家庭经济压力。例如，部分农村失能家庭每月仅能获得 300~500 元补助，不足当地居家照护基础服务费用的五分之一，保障力度微弱，难以缓解家庭经济压力。

服务资源配置的城乡差距进一步加剧了照护困境。城区集中了全市多数专业护理机构与护工资源，而农村地区长期护理服务供给严重不足，家庭不得不依赖亲属承担照护责任。现实中，农村失能家庭主要依靠 60 岁以上配偶或返乡子女提供照护，这类非专业照护普遍存在照护技能不足问题，导致压疮、感染等并发症风险显著高于专业机构照护场景。同时，年轻劳动力因返乡照护老人被迫中断就业，加剧家庭收入下降与农村劳动力流失的恶性循环，进一步凸显城乡二元结构下农村失能照护的制度性缺口。

鞍山市的社会保障困境凸显出在老工业基地转型与人口老龄化叠加背景下，农村失能群体面临“保障制度缺位、服务资源匮乏、家庭负担沉重”的多重挑战。制度设计的城乡分割与筹资机制的单一化，导致农村失能照护长期依赖低水平财政补贴，社会资本参与不足，亟须通过建立城乡统筹的社会保险支持体系、推动多元主体协同参与，破解“照护无着、致贫风险高”的现实难题，为同类地区提供转型期老龄化治理的可行路径。

3 中国失能照护社会保险支持体系构建路径

3.1 制度定位：确立独立险种，构建分层保障框架

将长期护理保险确立为独立于基本医疗保险的社会保障第四支柱，明确其覆盖全体公民（包括农村居民、灵活就业者）的制度定位。分阶段推进保障范围扩展：2025 年前实现城镇职工与居民全覆盖，2030 年完成城乡统筹整合。建立分层保障机制：基础层由政府财政承担 40% 筹资，提供助餐、清洁等基本生活照料与基础医疗护理，覆盖轻中度失能者；补充层通过企业和个人按工资总额 1%~2% 缴费，提供康复训练、辅具适配等进阶服务，重点保障重度失能者；商业层鼓励保险公司开发差异化产品，满足高端照护需求，形成“政府保基本、市场供多元”的立体化保障格局。

3.2 筹资机制：多元共担与可持续管理

构建“政府引导、社会共济、责任共担”的筹资模式。政府财政承担基础层筹资的主导责任，中央与地方按 6 : 4 比例分担，重点向农村和中西部地区倾斜；企业和个人作为

主要缴费主体，城镇职工按“单位 1%+ 个人 0.5%”比例缴费，城乡居民按年人均可支配收入的 1% 缴费，低收入群体由政府代缴；通过税收优惠政策（如企业捐赠抵税、个人缴费税前抵扣）引导慈善捐赠、商业保险等社会力量参与，拓宽筹资渠道。建立全国统筹基金池，实行“现收现付+ 部分积累”财务模式，预留 10%~15% 储备金以应对人口老龄化高峰，确保基金长期收支平衡。

3.3 服务供给：医养融合与城乡差异化配置

打造“医养融合+ 城乡衔接”的服务网络。在居家照护领域，推广“社区照护专员+ 家庭照护者培训”模式，政府按失能等级给予家庭每月 500~2000 元照护补贴，提升家庭照护能力；在社区层面，每个街道或乡镇设立综合照护中心，提供日间照料、康复护理、助餐助浴等服务，纳入医保定点管理，实现“小病在社区、康复在基层”；在机构照护领域，优先保障重度失能者，实行政府指导价，营利性机构收费不得超过当地平均工资的 1.5 倍，确保服务可及性^[5]。针对城乡差异，农村地区整合村医与乡村振兴资源，发展“互助式照护”，利用集体经济收益（不低于村集体收入 5%）补充筹资，政府按每户每年 2000 元补贴家庭照护者；城市地区推动医养结合机构建设，鼓励三甲医院与社区照护中心签约合作，构建“康复—护理—居家”一体化服务链，提升资源利用效率。

3.4 政策协同：标准化建设与技术赋能

制定全国统一的《失能等级评估标准》，整合医疗指标、生活自理能力、康复需求等维度，建立“四级评估体系”（轻度、中度、重度、极重度），确保待遇给付精准化^[6]。统一服务项目目录，明确 10 类基础生活照料服务（如助餐、助浴、陪同就医）和 5 类医疗护理服务（如康复训练、管道护理），实行分类报销政策。开发全国失能照护信息平台，整合参保登记、失能评估、服务调度、费用结算等功能，实现“一网通办”与数据共享。推广智能照护设备（如智能监测手环、康复机器人），将设备购置费用按不低于 60% 比例纳入长护险报销，降低人工照护压力。建立医保、民政、卫健等多部门联动机制，共享失能人口数据，避免政策重叠与保障空白；落实家庭照护支持政策，给予照护者每月 300 元税收减免，提供每年 10 天“照护假”，减轻家庭照护负担。

4 结论与展望

中国失能老年人长期照护面临需求规模庞大、家庭负担沉重、政策碎片化的三重挑战，构建“政府主导、多元共担、医养协同”的社会保险支持体系是破解困境的关键路径。通过确立独立险种、多元筹资、精准服务供给与政策协同，可有效弥补现有制度缺口，提升失能群体保障可及性。未来研究需进一步深化微观层面家庭照护行为分析，量化制度替代效应，并加强数字技术赋能照护服务的成本效益评估，推动中国失能照护制度从“补缺型”向“发展型”跨越，为积

极应对人口老龄化提供可持续的制度支撑。

参考文献：

- [1] 沈彤.东北三省长期护理保险制度问题研究[D].长春:吉林大学,2023.
- [2] 郑功成.中国式现代化与多层次医疗保障体系建设[J].学术研究,2023(9):80-86+178.
- [3] 何平.我国长期护理保险立法的机遇、难点与模式[J].保险理论与实践,2025(1):133-161.
- [4] 程娜.老龄化背景下我国长期护理保险制度发展路径探索[J].乡

镇企业导报,2024(11):104-106.

- [5] 周宇.应对人口老龄化的长期护理保险制度研究——以部分亚洲国家为例[J].国际税收,2024(12):66-72..
- [6] 刘婧星,张红萍.国内外长期照护服务分级制度与启示[J].医院管理理论,2024,41(9):22-25+17.

作者简介：高山（2004-），男，中国辽宁大连人，在读本科生，从事金融研究。