



# 照护型社会与 中国地方政府基层创新

## ——老龄社会研究报告（No.9）

# 2023

**PANCOAL**  
盘古智库

**AS30**  
老龄社会30人论坛  
AGEING SOCIETY 30 FORUM

盘古智库  
老龄社会研究院  
Pangoal Institute for Ageing Society

2023年10月22日



## 老龄社会 30 人论坛简介

老龄社会 30 人论坛成立于 2018 年 4 月，由盘古智库、信息社会 50 人论坛、中国人民大学中国创新公益研究院、北京大学中国社会与发展研究中心和思德库养老信息化研究院等机构共同发起成立，旨在汇聚各方专家学者等有识之士，成为老龄社会领域的研究、交流、实践和影响力平台。

论坛致力于站在人类发展和社会转型的高度，从趋势、特征、文化变迁和公共政策等维度，结合数据和案例，组织老龄化、信息化和城镇化等不同领域的专家学者等有识之士，深入研究和交流老龄化对社会结构、社会形态及其演化的全方面影响，形成有影响力的研究成果。



## 盘古智库老龄社会研究院简介

盘古智库老龄社会研究院成立于 2018 年 4 月，是盘古智库从事老龄社会研究的专业机构，致力于系统研究老龄化、老龄社会及相关领域的现象、数据、趋势和机制，及其对民生、经济、社会、政治和文化等的影响，重点关注老龄社会大势下的社会创新、公共政策和老龄产业，探索推动各个层次的老龄社会前景、体系和转型。老龄社会 30 人论坛秘书处设在盘古智库老龄社会研究院。

## 摘要

随着人口老龄化进程持续，2022年开始，中国将每年增加1000万以上老龄人口并持续至21世纪中期。庞大的老龄人口规模带来巨大的照护需求。中国传统的家族、家庭照护模式，也由于家庭户规模缩小，结婚率、生育率下降，人口流动频繁等现象，变得难以维系。同时，社会整体对老龄社会的认知不断提升，各种社会化服务的创新实践得以推动。照护型社会建设的时机或许已经到来。

中国进入老龄化社会后，照护作为舶来概念开始被关注并引入。从国际社会和国内专家对照护的解释看，照护有狭义和广义之分。狭义照护是指实际的、具体的照料服务。广义照护在包括狭义照护的同时，更强调来自社会整体的综合关怀。而照护型社会则基于“广义照护”概念，包含照护服务、平等包容、尊重尊严、社会参与、社会支持的基本属性，以全年龄、全生命周期的照护需求群体为服务对象。政府、企业以及社会组织等社会力量作为参与主体，优势互补、协同合作，共同推动照护型社会建设。照护型社会的形成是基于众多要素的集合，大体上可以分为包括基础设施、照护服务、医疗服务的支撑层面，包括经济保障、科技赋能、人才培育的保障层面，以及包括政策法律和机制建设的引导层面。三个层面相互作用，共同构成了全方面、多维度的照护型社会保障体系。国际社会在照护型社会建设方面，已有较为成熟的实践，欧美日韩等部分国家由于更早进入老龄化社会，在应对人口老龄化与社会保障体系建设上均积累了大量值得借鉴与参考的经验。

2020年，党的十九届五中全会提出“实施积极应对人口老龄化国家战略”，为未来中长期中国经济社会发展与社会治理做出了指引。同时，人口老龄化对社会诸多方面带来的影响逐渐显现，地方政府面临的切实压力持续增加。因此，探索老龄社会背景下的可持续发展之路，成为地方政府落实国家战略、履行治理职能的重要目标。从如何构建照护型社会角度看，事实上，各地方政府已经在基层做出了诸多实践和创新，并且已经逐渐产生效果，形成了值得推广的模式。虽然地方政府基层创新的主要目的并非构建照护型社会，但是政策创新的很多模式所包含的“照护”基因已有所显现，是照护型社会的重要内容。

未来，照护型社会将实现全年龄无差别覆盖，确保每个人都能获得适应其需求且没有后顾之忧的综合性照护服务。整个社会也将实现从仅利用经济手段单次救助的“救助型”社会向提供基于照护理念的普惠性、社会性的全方位保障的“照护型”社会转变。数字化智能化应用逐渐融入个体生活、照护的全场景，以及企业运营与政府社会治理中。完善的照护人才育成体系不仅能够保障各类照护人才的持续供给，也培养更多拥有照护思维的人，保障照护型社会持续发展。社区将扮演更加重要的角色，发挥平台与推动作用，整合来自不同社会主体的照护资源推向民众，并支持家庭非专业照护功能的持续发挥。政府通过政策制度、机制建设、财政支持等方式，进一步引导其他社会主体发挥各自优势，并与市场和社会组织等社会力量共同实现跨部门、跨主体协同合作，构建协调有序的合作机制和照护网络。充满关爱、关怀、关照的社会氛围也终将形成。

# 目录

摘要	01
<b>一、老龄社会背景下对照护型社会的呼唤</b>	<b>06</b>
(一) 人口老龄化加剧凸显巨大照护需求	06
(二) 社会关系变化瓦解传统照护模式	07
(三) 老龄认知转变推动全社会照护实践	09
<b>二、照护型社会的概念和特征</b>	<b>09</b>
(一) 照护与照护型社会的定义	09
1、照护的定义	09
2、照护型社会的定义	10
(二) 照护型社会的基本构成	10
1、照护型社会的参与主体	10
2、照护型社会的服务对象	12
3、照护型社会的基本属性	12
(三) 照护型社会的保障体系	13
1、支撑层面	13
2、保障层面	15
3、引导层面	16
(四) 照护型社会发展的国际经验	17
1、社区居家服务供给	17
<b>三、老龄社会视角下的地方政府基层创新</b>	<b>23</b>
(一) 老龄社会视角下地方政府基层创新的背景	23

1、积极应对人口老龄化国家战略的提出 .....	23
2、人口老龄化对社会诸方面影响的显现 .....	24
(二) 老龄社会视角下地方政府基层创新的实践 .....	25
1、医疗、公共卫生体系的改革 .....	25
2、社区服务综合体的营造 .....	27
3、数字化社会治理的应用 .....	29
4、设施、服务适老化的完善 .....	30
5、长期护理保险的实践 .....	32
6、意定监护的探索 .....	33
(三) 老龄社会视角下地方政府基层创新的特点 .....	34
1、政府主导支持创新 .....	34
2、照护理念逐渐传播 .....	34
3、经济保障逐显成效 .....	35
4、科技应用已成趋势 .....	35
5、医疗整合逐步推动 .....	36
6、养老体系愈加完善 .....	36
7、社区平台彰显作用 .....	37
8、社会组织有力支撑 .....	37

#### **四、照护型社会的未来愿景..... 38**

(一) 全生命周期无差别覆盖 .....	38
(二) “救助型”向“照护型”转变 .....	38
(三) 综合性个性化照护服务 .....	39
(四) 社区平台统筹服务供给 .....	39
(五) 家庭照护功能持续发挥 .....	39
(六) 照护人才育成体系完善 .....	40
(七) 数智化科技全场景应用 .....	40

(八) 多部门多主体融合创新 ..... 41  
(九) 政府继续发挥引导作用 ..... 42

**附录.....43**

老龄化社会十大议题（2021）..... 43  
老龄化社会转型共识（2022年） ..... 46  
《大转折：从民生、经济到社会》（摘要） ..... 48  
《洞察2050：老龄化社会大势、转型与对策》（摘要） ..... 49  
《适老化：后疫情时代“新基建”“旧改造”的方向与机遇》（摘要）  
..... 50  
《安养公益发展报告》（摘要） ..... 52  
《正负之间—中国当代低生育社会演进与现状》（摘要） ..... 54

**致谢.....56**

**参考文献.....57**

# 一、老龄社会背景下对照护型社会的呼唤

## (一) 人口老龄化加剧凸显巨大照护需求

众所周知，集超快速度、超早阶段、超大规模、超稳定结构于一体的超级人口老龄化已经成为中国未来中长期经济社会发展的新背景。

从老龄化程度看，国家统计局数据显示，截至2022年末，中国60岁及以上人口为2.8亿人，占总人口的19.8%，其中65岁及以上人口约2.1亿人，占总人口的14.9%。<sup>1</sup>随着第二次“婴儿潮”和第三次“婴儿潮”<sup>2</sup>时期出生的人口陆续进入老年期，2022年开始，中国老年人口数量将以每年超过1000万人的速度增加，并且将持续到21世纪中叶。联合国《世界人口展望2022》的中方案预测结果显示，中国60岁及以上人口将在2033年左右超过4亿，2054年左右达到约5.2亿的峰值。65岁及以上人口将在2034年左右超过3亿，2057年左右达到约4.3亿。<sup>3</sup>

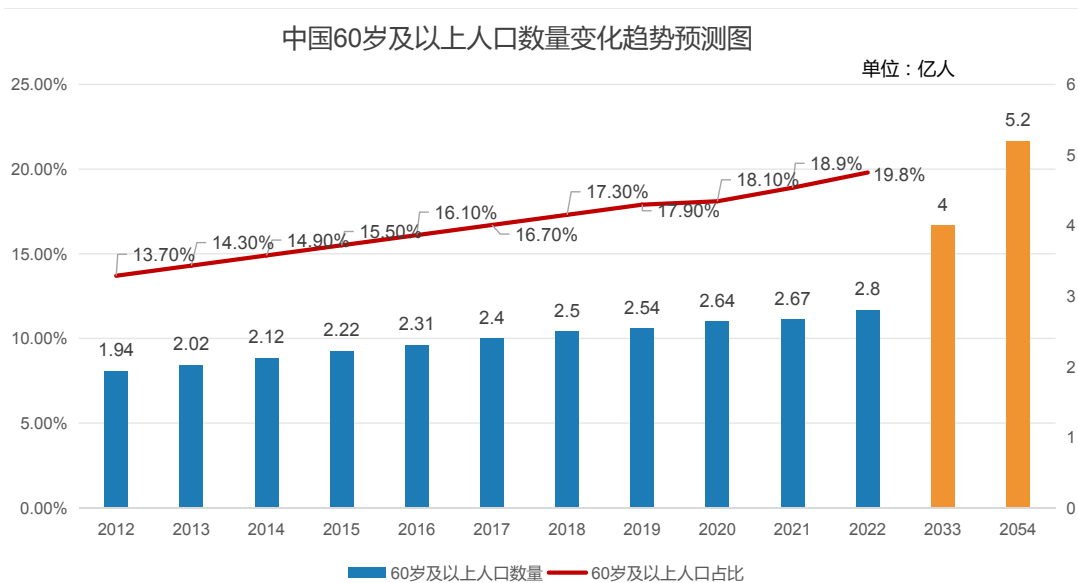


图1 中国60岁及以上人口数量变化趋势预测

数据来源：国家统计局。

1 数据来源：国家统计局，《中华人民共和国2022年国民经济和社会发展统计公报》。

2 第二次“婴儿潮”是指1962年—1975年，第三次“婴儿潮”是指1981年—1997年，均为人口出生较集中的时期。

3 数据来源：联合国（UN）报告，《世界人口展望2022》。



从寿命看，中国人均预期寿命已经从新中国成立初期的35岁提高至2020年的77.93岁，其中男性为75.37岁，女性为80.88岁<sup>4</sup>，这一水平已经超越世界多数国家并与发达国家相近。

国家	人均预期寿命	女性	男性
日本	84.69	87.72	81.61
德国	81.15	83.65	78.66
英国	80.43	82.45	78.43
中国	77.93	80.88	75.37
美国	77.3	80.3	74.64

表1 2022年部分国家及地区人均预期寿命

数据来源：国家统计局《中国统计年鉴2022》、联合国《世界人口展望2022》

从健康状况看，相关研究显示，2010年至2020年，中国老年人口失能率从2.95%下降至2.34%，但是由于老年人口基数不断扩大，失能老人数量从523万人增加到618万人，其中75岁及以上老年人的失能率明显增加<sup>5</sup>。以2008年老年人残障率5.6%测算，当前残障老年人规模超过1500万人。随着人口老龄化加剧与寿命延长，丧失自理能力的老年人数量还将继续增加。可以说，老年人口规模的增加产生了数量巨大的照护需求。

## （二）社会关系变化瓦解传统照护模式

中国传统社会中，以血亲子嗣为依托的家庭赡养和照护制度几乎贯穿着华夏文明发展的全过程，历朝历代的统治者都通过颁布相应的法律制度对此进行规范与调整，并竭力倡导孝行以保证老年人的晚年生活有依靠<sup>6</sup>，同时，宗族、家族的发展保证了这一制度的延续。

现代社会中，随着民众自我意识增强和生活工作压力增大，不婚主义、丁克家庭、断亲、人口频繁流动等社会现象增多，传统社会中的大家族、大家庭逐渐减少，以家族、家庭为基础的赡养和照护制度难以维系。

从家庭户规模看，国家统计局数据显示，截至2021年末，中国平均家庭户规模为2.77

4 数据来源：国家统计局，《中国统计年鉴2022》。

5 谭睿，《中国老年人口失能状况及变化分析——基于第六次、第七次全国人口普查数据》，《卫生经济研究》，2023，40（03）。

6 唐钧，《历史传统中的“老老”与老年服务》，《民主与科学》，2021年第05期。

人，比2010年的3.10人减少了0.33人，“三口之家”的数量底线已经跌破。截至2020年，中国家庭户中一人户的数量达到了1.25亿户，占家庭户总数的25.39%，与2010年相比，增长1.15倍，可以说，全国家庭户的四分之一为一户<sup>7</sup>。

从婚姻和生育看，民政部统计数据显示，2022年中国登记结婚人数为683.3万对，是1986年以来最低值，几乎仅为2013年峰值1346.9万对的半数。同时，国家统计局数据显示，2022年中国出生人口956万人，首次跌破1000万人，出生率为新中国成立以来最低点6.77‰。<sup>8</sup>

1986-2022年我国结婚登记人数及增幅

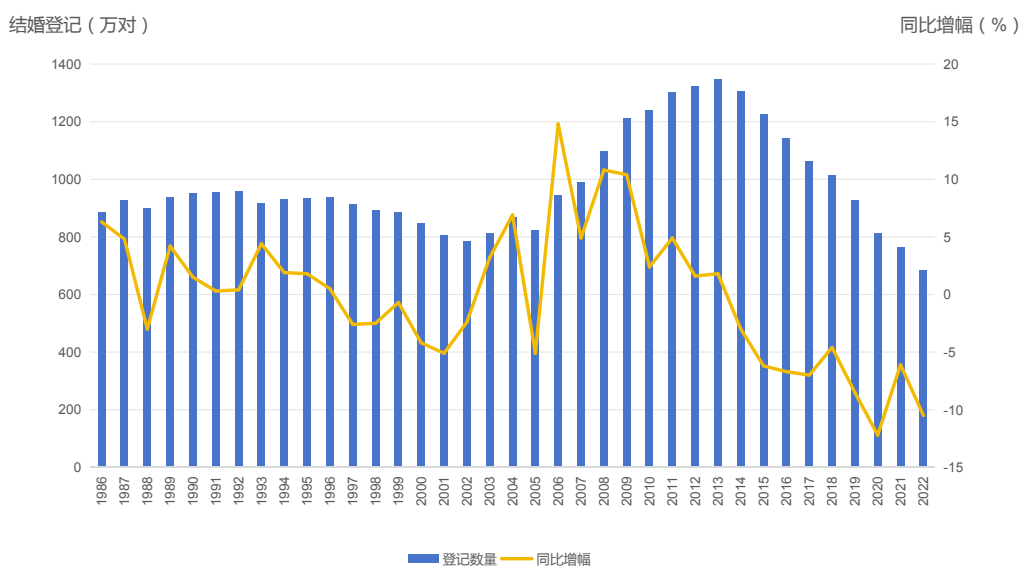


图2 1986-2022年我国结婚登记人数及增幅

数据来源：国家统计局

从人口流动看，七普数据显示，全国人户分离人口为4.93亿人，其中，市辖区内人户分离人口为1.17亿人，流动人口为3.76亿人，其中，跨省流动人口为1.25亿人。与2010年相比，人户分离人口增长88.52%，市辖区内人户分离人口增长192.66%，流动人口增长69.73%。<sup>9</sup>

普查年份	人户分离人口	人户分离人口增长	流动人口	流动人口增长
2010年	26139万人	—	22143万人	—
2020年	49276万人	88.52%	37582万人	69.73%

表2 1986-2022年我国结婚登记人数及增幅

7 数据来源：中华人民共和国国家统计局，《中国统计年鉴2022》。

8 数据来源：中华人民共和国民政部，历年统计公报。

9 数据来源：《2020年第七次全国人口普查主要数据》。

总之，低结婚率与低生育率背景下，家庭户规模回升面临巨大挑战，人口流动增加，一定程度上意味着更多人背井离乡远离父母，使“养儿防老”“孝”等传统文化难以实现，随之出现更多留守、空巢老人。中国传统的家庭赡养和照护将逐步走向瓦解。

### （三）老龄认知转变推动全社会照护实践

新中国成立初期并不存在人口老龄化，政府开办福利性养老机构，仅为解决部分五保、孤寡对象等困境老人的社会照护问题<sup>10</sup>，以养老为中心的照护并非社会重点关注的民生问题。

随着改革开放政策实施，中国经济社会快速发展，民生保障特别是老龄问题逐渐受到国家关注。1996年，《中华人民共和国老年人权益保障法》出台，其中明确规定“老年人养老主要依靠家庭”，家庭对于照护的作用凸显。1999年，中国进入老龄化社会，老龄问题得到重视，同年国务院出台《关于加强老龄工作的决定》，首次提出要“建立以家庭养老为基础、社区服务为依托、社会养老为补充”的养老照护机制，社区、社会在照护中的作用得到强调。2012年，民政部发布《关于鼓励和引导民间资本进入养老服务领域的实施意见》，2015年，《关于鼓励民间资本参与养老服务业发展的实施意见》的出台，市场在照护服务供给中的作用得到重视。随着人口老龄化进程持续及其影响逐渐显现，社会整体对于老龄社会的认知不断提升，认识到照护已经并非单一家庭的工作，而是需要政府、市场、社会组织三部门共同应对的重要课题。

时至今日，经过政府、企业和社会组织等社会力量的不断实践与创新，由更多社会主体参与和支持的社会化照护得到空前发展，建设照护型社会的时机或许已经到来。

## 二、照护型社会的概念和特征

### （一）照护与照护型社会的定义

#### 1、照护的定义

照护的英文“Care”包括“关心、照料、看护、关怀”等含义，其词根是古英语“Caru”，有“担心、悲伤”的意思<sup>11</sup>，通常与Cure（治疗）相对使用，与疾病治愈为目的的治疗不同，照护更看重对人的照顾和关怀。

10 杨根来，《新中国养老服务70年发展历史脉络》，《中国社会工作》，2019年第26期。

11 岩田誠，《ケアとは何か？》東京女医大看会誌 Vol 12. No 1. 2017

1991年,联合国(UN)发布《联合国老年人原则》,包括独立、参与、照护、自我实现、尊严。其中对照护的解释包含了非正式照护、健康服务、社会和法律保护、享有人权和基本自由。照护在20世纪初传入邻国日本,被称为介护,日本词典将其解释为对年老、身体活动机能障碍的人进行身体或精神上的照料或关怀。事实上,日本社会对介护的理解不限于此,他们认为照护不仅包括高质量和全面化照护服务,还需要社会支持体系。1999年,中国进入老龄化社会,老龄问题逐渐受到关注,照护概念随即被引入。《现代汉语词典(第6版)》中言简意赅地把照护解释为照料护理。中国老龄社会资深学者唐钧对照护做出进一步说明,他指出照护由非正式提供照护者(家庭、朋友或邻居)和专业人员所开展的活动系统,包括生活照料、康复护理、权益保护三层含义。

综上所述,照护可分为狭义照护(Narrow Care)和广义照护(Broad Care)。狭义照护是指对有特殊需求、生活自理能力受限或无法自理的人提供实际的、具体的照料服务。包括日常生活照料、医疗照护、康复护理等,旨在满足基本生活需要,促进身心健康。广义照护则更加全面,它超越了照护服务的概念,涵盖更广阔的范围和领域。既包括狭义照护的内容,又强调来自社会整体的综合关怀,包括平等包容、自主权和尊严保护、社会参与、社会支持等全面保障。

## 2、照护型社会的定义

照护型社会是以“广义照护”为基本属性,依托以照护服务、医疗服务、基础设施为支撑,经济保障、科技赋能、人才培育为保障,政策法律、机制建设为引导的社会保障体系,和以政府、企业以及其他社会力量为参与主体的实践创新,为具有不同健康状态的全年龄段照护需求者提供包括照护、医疗、环境、经济、认知、法律等全方面保障,使其安心无忧生活的社会。总之,照护型社会,旨在突出全社会的责任和参与,鼓励不同社会主体共同承担照护责任,建立支持和关怀的社会保障网络和机制。

### (二) 照护型社会的基本构成

#### 1、照护型社会的参与主体

##### (1) 政府

政府发挥重要指引作用,政策法律方面,政府颁布实施相关政策法律,制定相应目标计划,并确保协调性和一致性,为医疗、照护、科技、环境、人才等各行业主体提供发展方向与政策便利。

服务供给与监管方面,政府需承担兜底性服务供给,推动普惠性服务发展,政府可通过

委托、合作、购买等方式与企业和社会组织等社会力量合作提供包括医疗、照护、适老化等多样化照护服务。同时建立相应的监管机制，确保服务的质量和安全。

资源配置与管理方面，通过合理调配和管理包括医疗卫生、财政资金、人力资源和设施设备等资源，确保公平分配和高效利用。一方面满足不同个体照护需求，为其提供养老金、长期护理保险、补贴等经济保障。另一方面满足不同社会主体发展需求，为其提供资金补贴、税收优惠等财务支持。

社会治理方面，一是强化政府与社会力量的关系，重视企业和社会组织等社会力量在社会治理中的作用。特别是鼓励并支持社区承担更多社会责任，社区直接面对民众，能够掌握民众的切实需求，有利于政策制定实施的精准性。二是强化数字化与信息化的应用，加强数字化意识并推动数字政府建设，提升社会治理水平与政务处理效率，同时建立健全信息共享平台，有利于信息交互与跨部门协同。

## （2）企业

企业应具备照护思维，不仅体现在服务或产品上，也要体现在经营理念和社会责任中。

服务和产品方面，在市场规律作用下，照护、医疗、金融保险、科技产品研发与制造、互联网等各行业企业提供多样化的服务和产品，以满足不同个体的需求和偏好。比如照护、医疗、健康、家政等服务，照护设备、辅具工具等实体产品，健康管理平台、安全监测平台、智能管理系统等虚拟产品等。

经营理念方面，企业文化应融入广义照护思维，除企业本身的物理空间、数字空间、产品服务的适老化外，培养拥有照护思维的管理者和员工同样重要。同时在公司制度层面应将照护思维变为能够执行的机制，对于有照护需求或需要担任照护者的员工给予相应的关怀。

社会责任方面，企业应承担社会责任，尊重人权和员工权益，注重照护环境营造，积极参与公益活动，推动企业社会责任在照护领域的实践。

另外，企业应积极与政府、学校、社会组织、社区等社会主体进行合作、联动，形成协同发展格局，实现资源共享和优势互补，从而提供更加全面、连续和合理的照护服务和产品。

## （3）社会力量

照护型社会中的社会力量是以社会组织为主的，同时包括社区、社会企业、家庭等政府及市场以外的社会资源。由于社会组织等并不以追求利润作为运营目标，因此具有公益慈善的天然属性，这对其照护思维的产生和运用拥有得天独厚的优势，并且这种优势更多体现在

照护服务、社区营造等社会治理方面，因此社会力量应承担更多社会治理责任。

照护服务方面，社会组织、社区、社会企业可以依托志愿者，提供包括居家、社区、机构等形式的照护服务，为老年人和有特殊需求人群及其家庭提供照护服务、心理支持、法律咨询、经济援助等帮助，并且在服务过程中也倡导和体现了照护型社会的理念和价值观，促使照护思维深入人心，推动社会对照护问题的持续关注。特别是时间银行的出现，推动了更多人成为非专业照护的志愿者，服务于社区、机构之中。

社区营造方面，相比政府和企业，社会组织、社区、社会企业能够更直接地、更灵活地参与社区建设，有利于调动社区居民成为志愿者，促进居民间的交流互动，建立互助支持的社区照护网络。

## 2、照护型社会的服务对象

照护型社会的服务对象包括全部有照护需求的人，包括婴幼儿童期、成年期、老年期在内的全年龄阶段。

一是短期照护人群，包括婴幼儿，孕产妇，以及身心康复期群体。

二是照护依赖人群，一方面是半失能、失能群体，认知症群体，植物人群体，以及抑郁症、自闭症、焦虑症、精神分裂症等心理精神疾病患者，这些群体普遍需要药物治疗、心理支持、意定监护等服务。另一方面是疾病晚期、生命终末期群体，他们更需要生前预嘱、缓和医疗、临终关怀、疼痛缓解和心理支持等。

三是慢性病人群，包括患有长期或终身性疾病的群体，比如糖尿病、高血压、心脏病、呼吸疾病、癌症等。一般来说，这类群体不需要照护服务或他人帮助，但是相比一般疾病具有较高死亡风险，医疗照护、药物管理和健康监测等支持必不可少。

四是残疾人群，包括身体残疾、智力残疾、感知障碍等残疾群体。多数情况下，残疾人需要额外的帮助和支持，以满足日常生活和社会参与，特别是意定监护对智力残疾者及其家人的重要作用。

## 3、照护型社会的基本属性

照护型社会的属性是核心所在，渗透于照护型社会构建过程中的方方面面。其中需要政府、市场和社会组织等社会力量的各类主体形成共识，即照护是社会责任和社会价值观的一部分，并且应具备照护意识，普遍认同并关注老年人和有特殊需求人群的权益、尊严和照护需求，提供多元化照护服务的同时，实现综合性关怀。

一是照护服务，强调服务多样性，注重个体独特性，既关注身体健康，也重视心理健康、情感交流、社交互动、文化需求等。

二是平等包容，致力于消除歧视和不平等，无论其性别、年龄、健康状况、经济地位或其他身份特征，确保每个人都能够在社会中享受平等的照护机会、权益保障和适老环境。

三是尊重尊严，尊重个体尊严、权益和自主选择，无论老年人、残疾人、慢性病患者还是其他照护需求群体，都应该受到作为人的基本尊重和关怀。

四是社会参与，鼓励各方主体积极参与照护活动，让社会各界都认识到肩负责任并参与其中。政府，企业和社区组织等社会力量均应承担相应责任，积极合作，形成照护服务互补和协同效应，共同推动照护服务发展和创新。

五是社会支持，推动公共政策和制度建设，社会人文与设施环境改善，社区照护体系营造等支持方式。特别是强调社区和家庭的重要性，鼓励家庭成员、社区邻里、志愿者为有切实照护需求的群体提供照护支持，构建社区共同体，提供相互帮助的机制和平台，形成关怀和支持的基层网络。

### （三）照护型社会的保障体系

#### 1、支撑层面

（1）基础设施，为满足老年人和有特殊需求人群的生活、出行和照护等需求，需要对包括空间设施、交通工具、数字应用、服务等进行无障碍适老化设计或改造。不仅可以提高人们的生活质量，增加其独立性和社会参与度，避免与社会发展脱节。同时，也能够为照护者提供便利，减轻照护工作的负担。

空间设施方面，以自家为中心的私人空间和包括医院、学校、购物中心、公园、社区活动中心等公共场所以及道路的无障碍适老化是照护型社会的核心要素之一。这些空间设施的设计与建造需要考虑到部分群体由于身体机能受限而产生的特殊需求，比如方便轮椅进出的出入口，入浴或如厕的助力扶手，防止跌倒的防滑地板，安全的盲道等。

交通工具方面，无障碍适老化的公共交通系统提供安全便利的交通方式，满足老年人和有特殊需求人群的日常出行，比如无障碍公交车辆、轮椅缓坡道和电梯、便利的站点布局和易读的交通标志等。

数字信息技术方面，数字化应用是促进老年人社交联系、获取信息和享受生活的重要工具，比如智能手机、平板电脑、电子支付系统、远程医疗服务和在线社交平台等已经普及，

其无障碍化的推动，不仅使老年人能够享受科技发展的最新成果，更能够避免代际数字鸿沟的产生。

服务方面，服务意识和方式的适老化能够确保提供更有人情味的服务，让人们感受到更多关爱。

(2) 照护服务，基于个性化、高质量、全面性和可持续的服务和以居家为基础、社区为依托、机构为支撑的养老照护体系相结合是照护服务的核心。同时，社会照护与健康照护是人们实现健康、独立和有意义的的生活的重要基础。

从社会照护看，个性化方面，需根据个体需求和偏好进行规划。这意味着服务者需要与个体及其家人合作，了解他们的需求、价值观和目标，以提供适合的照护方案。高质量方面，需提供包括专业化医疗、护理服务，科学的健康监测和合理用药，以及服务质量的监督与评估。全面性方面，服务需涵盖从居家帮助、饮食管理、安全防护、康复护理、心理支持、精神慰藉等身心健康，到社交促进、运动健身、文化娱乐等精神健康，再到意定监护、生前预嘱、缓和医疗、临终关怀等生命终末期关怀的各个方面，并且为照护者提供“喘息服务”等支持。同时，服务提供者应具备包容性，以满足不同文化、宗教、身体状态等需求，确保照护服务的平等。可持续性方面，为满足日益增长的照护需求，服务的可持续性不容忽视。这涉及培养照护人才，提供持续培训和发展机会，确保照护服务的持续供给和质量要求。照护形式方面，自宅是多数人接受照护服务的基础场所，社区则为居家服务提供社交和支持平台，照护机构主要为照护依赖等群体提供综合的长期照护和医疗支持，随着旅居、养老社区(CCRC)、安养机构等照护形式的出现，选择更加多样。

从健康照护看，疾病预防方面，个体的身体、心理和社会健康需始终作为关注重点。同时加强健康促进、疾病预防、健康教育和终身学习，不仅能够帮助个体实现全面的健康和福祉，也能够节约相关的医疗资源。

(3) 医疗卫生服务，需基于疾病治疗、统筹管理、医养结合、基层医疗等方式，提供高质量高效的医疗服务和公共卫生应对措施，是确保民众提高生命质量，确保生命安全的重要手段。

统筹管理方面，医疗卫生服务应实现不同医疗机构、专业人员和部门之间的协调与合作，在统一的大数据共享平台下，确保跨部门合作机制和转诊、转移流程的顺畅性，保证患者得到及时救治。医养结合方面，除疾病治疗外，医疗机构与照护机构或社区合作，积极开展包括康复护理、健康讲座、心理支持等医养结合服务，不仅可以满足民众多样化养老需求，也能够提升社会整体健康意识。基层医疗方面，应确保就诊渠道和健康诊疗的便捷性、连续性，健全基层医疗服务网络。依托社区平台的家庭医生制度、远程医疗服务等方式是照护型社会



医疗卫生服务的重要体现。公共卫生方面，科学合理的应对措施能够在紧急状况下保障民众的生命财产安全。

## 2、保障层面

(1) 经济保障，能够为老年人、有特殊需求人群提供稳定的经济支持，确保其照护服务支付能力，比如养老金制度、长期护理保险、灵活就业、信托、补贴等。使此类人群能够获得适当照护和支持的同时，减轻照护者和家庭的经济负担，减少社会矛盾，促进社会和谐与可持续发展。

养老金制度，健全养老保险制度，是确保退休群体获得稳定经济来源的重要工作。照护型社会中，除政府基本养老保险与企业养老保险外，商业养老保险对老年期经济保障具有重要辅助作用。

长期护理保险，能够确保照护依赖者有能力支付照护服务费用，缓解其经济压力的同时满足照护需求。除照护服务外，辅具购买、租赁，空间适老化等照护相关费用也应纳入长期护理保险的支付清单。另外，照护服务提供者与被照护者家庭成员时，长期护理保险也需按照相应的金额予以支付或报销，既促进家庭照护者持续工作，又减轻了家庭负担。

灵活就业，照护型社会应尽可能提供包括弹性工作时间、远程工作选项、带薪病假或照护假期等灵活工作机会，并优化相关政策或规定使家庭照护者能够平衡工作和照料责任。

相关补贴，政府可以通过提供服务补贴，来帮助无法使用长期护理保险的家庭支付专业护理人员或器具租赁的费用，确保被照护者获得相应照护。

科技赋能，能够通过设备、器具与系统等科技产品在不同主体和场景的应用，为社会保障体系中的其他要素提供技术支持，确保照护型社会高质、高效、持续地运转。

对政府而言，依托科技手段收集大量照护信息，分析趋势动态，在大数据驱动下制定更加符合需求的政策和措施，提供更具针对性的社会治理方案与手段。此外，大数据分析还可以发现疾病模式和趋势，为疾病预防和公共卫生提供决策支持。对企业而言，科技能够为企业创造更广阔的市场，互联网企业不仅可以利用大数据、人工智能、OPENAI、虚拟现实等技术开发智能应用的产品为自身盈利，同时能够为其他行业提供技术支撑。

对个人而言，科技应用对照护服务的提质增效更加明显，提高被照护者生活质量的同时大幅减轻照护者的工作压力。通过远程医疗咨询、视频诊断、远程监测设备等，足不出户便可进行医疗服务和健康管理。智能步行辅助器、智能家居设备、智能听力辅助器等智能辅具

或可穿戴设备可以提供实时的辅助和监测，保障生活质量、人身安全和自主独立性。信息通信技术可以确保社交联系和信息获取，包括社交媒体平台、视频通话、在线社区等，能够提高人们的社交参与和心理福祉。智能化管理系统可以优化照护服务运营与管理，包括电子健康记录、预约和排班系统、药物管理系统等，能够大幅提高照护服务的效率性、准确性。人工智能和大数据分析可以帮助医护人员进行疾病诊断、治疗方案选择等，确保提供更精准的医疗服务。虚拟现实和增强现实技术可以提供沉浸式体验，提升身体及认知康复训练的安全性、便利性。

人才培育，是全面的、多元的，在提高医护人员、护理员、康复师等专业人员素质和能力的同时，也要重视家庭成员、志愿者等非专业者在照护中的作用。此外，对于培育更多拥有照护思维的人同样不容忽视。照护型社会的持续运转与照护者息息相关，照护者的数量与质量以及民众对照护的理解与认知会直接影响照护服务保障。

专业照护人员方面，健全的照护者培养体系不仅需要系统的教育和培训，包括侧重理论知识研究的大学和以实践技能及专业道德为中心的技术院校等。还需要建立多学科协作团队，包括医护人员、护理员、康复师、心理咨询师、社会工作者等，提升跨学科合作和综合照护能力。

非专业照护人员方面，需要定期开展由专业照护者进行照护理论、技能实践的指导课程，提供自我提升与答疑解惑的渠道。

对照护者而言，在工作中，需要保持关怀和尊重的态度，注重沟通技巧、情感支持、文化敏感性等，以确保人性化照护服务，使照护者能够与被照护者建立良好关系并满足其需求。在职业发展中，一方面需推动照护者进行终身学习和持续发展。通过进修课程、技能培训等方式更新理论知识、提升实践水平。同时，社会应为照护者提供更多实践机会，积累照护经验。比如照护机构、医疗机构、社会组织、社区等。另一方面需要提高照护相关职业吸引力。提供合理薪酬、福利待遇和职业发展机会及社会尊重。既可以吸引更多年轻人才投身照护相关工作，提高行业整体职业素质与人员定着率，也有利于提升民众的照护认知和照护思维。

### 3、引导层面

(1) 政策法律，需确保资源合理配置、服务公平分配和社会共同参与，同时尊重个体的尊严、权益。特别是保护老年人和有特殊需求人群的自主权及平等参与社会的机会。强调社会力量对社会治理的重要作用，鼓励其他社会主体参与照护型社会建设，提供宽松的政策环境，支持照护服务的持续发展。并且以可持续发展为原则，对各主体参与社会保障体系建设加以方向性引导。

对社会保障体系而言，照护、医疗服务方面，促进相关领域的资源整合，通过协调达成跨部门合作，制定统一标准并建立信息共享机制，实现照护服务供给的协同联动和无缝衔接。基础设施方面，推动设施、数字、服务的无障碍适老化。经济保障方面，优化财务保障和社会保险等经济保障措施，并提供经济援助、实施护理保险制度、建立照护基金等，提高服务经济可及性，减轻个体及家庭负担。科技赋能方面，促进科技的广泛应用，鼓励技术研发创新、社会主体数字化转型、科技产品应用普及，确保政府工作和照护服务的高质高效。人才培育方面，通过相关政策赋予照护者相应的社会地位，建设从理论研究到技能实践的人才供给链条。

机制建设，需推动社会各主体更加紧密、协调地合作，提升社会保障体系建设的合理性与照护型社会运转的可持续性，为社会各主体高质高效参与社会保障体系建设提供方法性引导。

政策规划和跨部门合作机制，确保各部门和利益相关方之间的协调合作。合理的资源分配机制、监管和评估机制，保障照护服务的可及性、高质量和安全性。通过信息共享机制，建立信息共享平台、制定统一标准等，保障照护服务的协同性和高效性。绩效评估和质量改进机制，通过建立绩效指标、开展定期评估和审核以及制定改进计划和培训制度，监测服务质量和效果并持续优化。参与和反馈机制，一是确保被照护者及其家属的心声被充分听取并纳入决策过程。二是确保社会力量参与照护型社会建设过程中的难点、痛点能够被及时了解。创新和推动机制，是支持照护领域中的服务、科技创新应用的重要保障。通过建立创新基金、创新实验室以及提供创新奖励，激励服务和科技的创新发展。

## （四）照护型社会发展的国际经验

### 1、社区居家服务供给

#### （1）英国

英国的社区照护体系主要由经理人、专业工作人员和照护员构成。经理人作为社区照护的负责人，主要负责聘用工作人员、监督工作情况以及资金分配使用等。专业工作人员上岗需要通过相关资格考试并获得证书。其主要负责了解社区内老年人的需求，帮助其解决生活中的困难。照护员直接为老人提供照护服务，其中部分为志愿者。

服务种类方面，英国居家养老包括生活照料、物质支援、心理支持和整体关怀四部分。生活照料包括为生活自理、半自理老人提供日间照料、送饭洗衣、打扫卫生等上门服务以及依托社区托老所提供短期托老服务。物质支援包括地方政府为老年人生活场所进行改造升级、安装无障碍设施以及对65岁及以上纳税人给予纳税补贴或纳税优惠。心理支持包括保健医生上门检查疾病、传授养生之道及心理慰藉等服务。健康访问员定期上门探访，提供换药、洗澡

等照护服务，并在医生指导下根据老人身体状况提出治疗康复建议。整体关怀包括政府出资兴办社区综合活动中心，为老年人提供休闲娱乐场所。由社区举办各种联谊会，为老年人生活增添乐趣。在社区建立老年人工作室，为老人提供低强度工作，以增加收入，维持心智健康。<sup>12</sup>

## (2) 美国

美国的居家养老主要依托其医疗保险制度，其中包括医疗保险和医疗救助两部分。医疗保险是面向65岁及以上老人或未满65岁的残疾、失能等特殊群体的全国统一医保制度。医疗救助是联邦政府主办、州政府管理，覆盖65岁及以上残疾人、有幼儿的家庭以及贫困老人的医疗服务救助制度。州政府有权根据本州收入水平自主确定医疗救助的标准和覆盖面，联邦政府只负责提供部分经费。

服务种类方面，美国在1997年《平衡预算法案》中提出PACE项目(The Program of All-inclusive Care for the Elderly)。该项目基于医疗保险制度建立，为体弱多病的老人提供全面的医疗相关服务，包括急病诊治、住院治疗、医疗护理等服务。此外，美国的社区普遍建有老年人活动中心、老年人保健中心等设施，并且能够提供病历管理、日间照料和家政服务等相关居家养老服务。<sup>13</sup>

## (3) 日本

日本没有把老年人赡养问题从家庭中完全剥离，而是强调国民自立，重视家庭在养老中的重要作用。日本社会保障相关法律和政策的制定多以发挥家庭养老功能为目标，以家庭和家庭赡养为前提条件。《生活保护法》《老年人福利法》《老年人保健法》《残疾人福利法》等部分法律，强制性要求家庭和亲属履行赡养义务。而《厚生养老金法》《健康保险法》等法律则从制度层面对家庭或亲属间业已形成的赡养关系给予承认。2000年，日本开始实施介护保险制度，旨在通过社会保险的形式为老年人照护服务提供费用支撑。

服务种类方面，日本居家养老包括访问护理服务、日间护理服务、短期托付服务和社区贴紧型服务等。访问护理服务包括为老年人上门提供做饭助餐、洗澡换衣、打扫卫生等。日间护理服务是指接送老人到社区老年人护理中心，并提供身体检查、康复训练等。短期托付服务是指在老人家属临时外出时，将其托付给社区养老院，接受社区养老院提供的短期护理服务。社区贴紧型服务提供夜间上门服务、失能失智老人日托护理和多功能型居家护理等社

12 邓大松、王凯，《日韩美英社区居家养老模式深度分析》，中国房地产，2017年第17期。

13 同上。

区服务。需要居家养老的老人要向所在市、镇或村提出申请，经过专门机构的审核和评估确定符合介护保险制度相关标准，即可享受等级不同的生活照料和居家介护服务。<sup>14</sup>

#### (4) 韩国

韩国受传统孝道影响，国民普遍不希望父母在机构养老终生。为促进居家养老模式发展，政府于1992年通过制定了一系列税收优惠政策，比如对赡养老人五年以上的三代同居家庭，减少其财产所得税。赡养65岁及以上老年人的纳税人，可以减少其个人所得税等。2000年，韩国逐步设立日间照护中心、短期照护中心和家庭照护人员派遣中心等机构，提供各种服务以满足居家养老需求。此外，韩国居家养老还包括洗衣做饭、打扫家务、代写书信等常规照料服务项目。<sup>15</sup>

## 2、长期护理保险实践

#### (1) 德国

1930年，德国进入老龄化社会，并在很长时间内，一直是欧洲老龄化程度最高的国家。在实施长期护理保险制度前，德国对“疾病”和“护理”有明确区分。健康保障体系对因生病住院和治疗的人员进行普遍性补贴，长期的康复护理则经财务调查等程序后由社会救助体系提供。随着长期护理需求增加，加之严格繁琐的审查程序，社会救助体系远不能满足国民对长期护理的需求，同时高额的护理成本导致社会救助计划不堪重负，有限的覆盖无法保障老年人权益，社会压力增加。1994年，德国《长期护理保险法案》出台，建立了一套覆盖全民、统一规范的多层次长期护理保险制度，标志着德国社会保障体系第五大支柱的建立。<sup>16</sup>

#### (2) 日本

日本在建立介护保险制度前，依靠老年福利制度和老年保障制度对老人实施介护，但存在选择受限、保障不足、“社会性压床”、医疗资源浪费等问题。为协调老年福利制度和老年保健制度的关系，1963年，日本制定《老人福利法》，并于1968年在全国开展居家卧床老人的需求调查，为日本介护保险和介护服务的推行奠定了基础。值得关注的是，日本政府于1990年、1995年和2000年实施黄金计划、新黄金计划和21世纪黄金计划专门针对长寿社

---

14 同上。

15 同上。

16 王红珠，《国外长期护理保险时间对我国的启示》，浙江工商职业技术学院学报，2016年第15期（03）。

会和老年照护进行全面服务体系和制度保障的建设以及专业护理人员的培养，一系列的老年保健福利政策，为介护保险制度的颁布实施提供了充分准备。1997年5月，日本议会通过《介护保险法》，2000年4月1日，介护保险制度正式实施。<sup>17</sup>

### (3) 美国

美国是混合型长期护理保险模式，具有多层次、多性质的特点。1965年，医疗保险建立，经过联邦政府的不断完善，医疗保险在为特定人群提供医疗保障和护理方面发挥了重要作用。同时，医疗救助为困难群体的护理提供了重要保障。1990年，为分担医疗救助的资金压力，美国部分州联合实施长期护理合作计划，鼓励中等收入者购买政府和私营保险公司合作的长期护理保险。为满足高收入群体更高层次的护理需求，美国又推进灵活性大、种类多样的商业性长期护理保险的发展。商业保险在长期护理保险体系中发挥重要作用是美国的一大亮点。<sup>18</sup>

### (4) 韩国

2008年，韩国实施《老年长期护理保险法》，标志着韩国养老模式从家庭养老向社会养老的转变。韩国的长期护理保险制度采用长期护理保险与国民医疗保险捆绑的方式运行。选择居家养老的参保人需要向国民健康公团提出服务申请，由具有资质的公团工作人员入户对老人身体状况进行调查评估，并以调查结果报告书的形式认定评估结果，最终服务选择权属于被照护者或其亲属。服务种类方面，韩国《老年长期护理保险法》规定了居家养老的相关服务内容，包括上门护理、日常照料和短期护理等，并且还规定对身处农村或边远地区等设施缺乏、需要依靠亲友提供护理服务的老年群体，给予现金给付，以鼓励家庭护理相关人员。<sup>19</sup>

## 3、照护人才培养体系

### (1) 德国

德国养老服务人才认证主要有养老护理员和养老运营管理师两部分。1980年代开始出现老年护理专科，老年护理员是针对老年人和老年病患者的专业护理人员，并非护士。德国非常重视对老年人和老年病的科学研究，包括老年慢性病康复和老年护理医学等方面。

---

17 同上。

18 同上。

19 邓大松、王凯，《日韩美英社区居家养老模式深度分析》，中国房地产，2017年第17期。

德国护理领域有三种职业，即老年护理、健康和疾病护理（全科护理）、儿童健康和疾病护理。其中老年护理从业者，即养老护理员，是在德国“双元制”体系下进行培训，外国人申请认证难度较大。老年护理专业通常是三年制，除“双元制”培养模式要求外，学校课程设置和实训教学安排也必须要求按照医院和养老机构的工作安排实行三班倒。健康和疾病护理以及儿童健康和疾病护理，通常由教学医院和职业学校合作培养护理人员，学生在校学习理论时穿插进行模拟操作，再到医院进行实际操作。

目前，德国正在进行改革，目标是将三个职业合并为一个职业，即护理职业。并且培训三年为一周期，前两年完成基础学习，第三年再分为三个不同的方向实习。<sup>20</sup>

## （2）丹麦

丹麦对护理人才的培养拥有一套成熟完善的系统化教育体制。首先是根据护理能力的差异，清晰划分护理人才，分为家庭助理、助理护士和护士。对每个等级的培训时间和内容都有明确规定，前两者在职业院校通过不同的培训获得，护理内容较为基础。而护士属于高级护理人才，必须在本科院校进行3至4年的系统化教育，完成180~240个学分，即7200~9600个学时，才能取得学士文凭。

在丹麦，高等护理学士教育受到高度重视，22所高等院校相继开设此专业。目前的高级护理人才培养模式，以护理专业为基础，职业培训为导向，围绕影响个人健康的不同因素展开学习。学科专业设置方面也十分广泛，涉及护理学、自然科学、健康科学、社会科学和人文科学5个学科。教学坚持理论与实践并重，在临床实践中理解和运用理论知识。在校学习期间，学生不仅能够获得广泛的物理治疗理论基础，还可以学习护理知识、管理学知识、宗教人文知识等，掌握实际的护理技能，成为能够应对多元需求的复合型护理人才。<sup>21</sup>

## （3）日本

日本对于养老护理人才的培养，主要立足于传统学校教育和严格的专业资格等级考试。截至2006年，日本已经有500余所学校开设护理专业，主要分为社会福利士专业和介护福利士专业。

---

20 佚名，《德国养老服务人才培养体系探析》。[https://www.sohu.com/a/358834682\\_120067607](https://www.sohu.com/a/358834682_120067607)

21 余星、姚国章，《国外养老服务人才队伍建设比较研究——以日本、德国、丹麦为例》，经营与管理，2017年第6期。

社会福利士专业属于本科教育，学生毕业后在通过国家介护福祉士考试后，主要向社会福祉士、护理支援专门员、医疗机构社会工作者方向发展，从事养老行业的管理、咨询、评估等工作。

介护福祉士专业教育中，学生高中毕业后可以进入二年制的介护福祉士专业学校，完成共计 1650 ~ 1800 个学时，积累不低于 800 个学时的实践经验。毕业并通过国家介护福祉士考试后，可获得介护福祉士资格。学生通过理论与实践相结合的模式，可学习到系统化、专业化、高技能的养老护理知识，成为理论与实践、护理与管理相结合的养老护理人才。

学校教育外，未接受过学校系统教育的养老护理人员，只要在养老护理机构工作 3 年以上，就可以参加介护福祉士资格考试，通过取得介护福祉士资格证，来提升自身的服务能力和综合素质。<sup>22</sup>

#### (4) 美国

美国的护理教育培养了充足的高素质老年护理人才。由于起步较早，呈现出培养层次完善，培养目标明确，课程设置合理，教学方式多样，师资队伍水平高的特点。美国老年护理人才分为“通才”和“专才”两种。

“通才”指具有护理学学士学位、副学士学位、护理文凭或证书，经过专业护理学课程学习或培训后上岗，为老年人及其他患者提供服务的护理人才，包括注册护士和持证实践护士等。主要负责为老年人提供基本的常规护理以及提供咨询、健康促进、疾病预防、健康保护干预措施、预期指导等服务。高中毕业生在社区学院、职业技术学校或医院接受 1 年教育并累计 1000 小时临床实践经验后，通过护理考试，可获得护理文凭或证书，成为持证执业护士。具有工作经验的持证执业护士通过两年学习，可获得护理学副学士学位并有资格成为注册护士。

“专才”指具有研究生学历（硕士、博士），经过系统、专业的学习，扎实掌握老年护理专业知识，可从整体层面处理老年人常见或复杂照顾问题的高级执业注册护士。包括成人—老年初级护理执业护士、成人—老年急症护理执业护士和成人—老年临床护理专家等。攻读护理学硕士学位需要 18 ~ 24 个月，获得硕士学位后，通过资格认证考试，方可成为成人—老年护理专科护士。<sup>23</sup>

22 同上。

23 林杰、郑越洋，《美国老年护理人才培养模式深析》，中国大学教学，2021 年第 4 期。



# 三、老龄社会视角下的地方政府基层创新

## (一) 老龄社会视角下地方政府基层创新的背景

### 1、积极应对人口老龄化国家战略的提出

2020年，党的十九届五中全会提出“实施积极应对人口老龄化国家战略”，党和国家对老龄问题的认知提升至空前高度。新中国成立以来，人口老龄化进程经历了“不是问题”“成为问题”“成为国家战略”的不同阶段。

新中国成立初期，人均预期寿命为35岁，处于年轻型社会。1964年，第二次全国人口普查结果显示，中国60岁及以上人口为4231万人，占总人口的6.08%。老年人口数量不多，占比不高，“老龄不是问题”。

1982年，第一次老龄问题世界大会召开，同年中国老龄协会的前身中国老龄问题全国委员会成立，并初步形成了从中央到地方的老龄工作网络。此时的中国虽然未进入老龄化社会，但政府已经开始关注老龄问题。1999年，中国老年人口达1.26亿，占总人口的10%，进入老龄化社会，“老龄成为问题”，随之政府为主导的老龄事业开始全面发展。

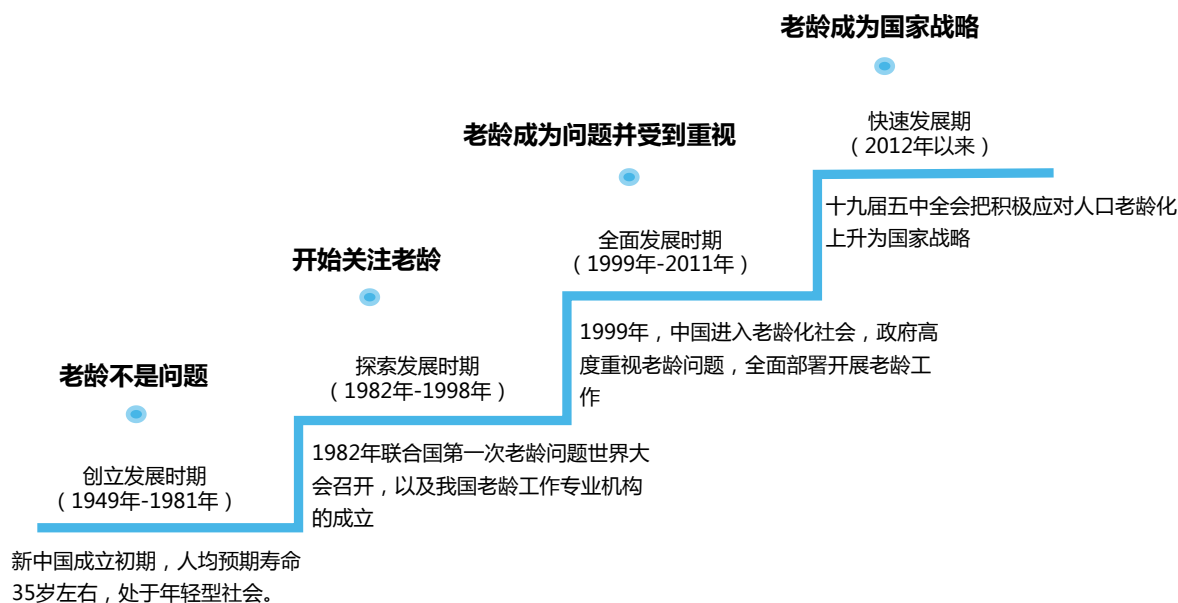


图3 新中国老龄事业发展阶段

资料来源：吴玉韶，《从老龄不是问题到老龄国家战略——新中国老龄事业发展的回顾与启示》

党的十八大以来，应对人口老龄化工作受到进一步重视，2012年，《中华人民共和国老年人权益保障法》初次全面修订，首次提出积极应对人口老龄化是国家的长期战略任务。此后《关于加快发展养老服务业的若干意见》《国家应对人口老龄化中长期规划》等一系列应对人口老龄化的文件出台。2020年，积极应对人口老龄化国家战略被提出。自此，应对人口老龄化成为未来中长期中国经济社会发展与社会治理的重心之一。<sup>24</sup>

## 2、人口老龄化对社会诸方面影响的显现

七普数据显示，截至2020年，我国31个省级行政区划中的30个，已经出现不同程度的人口老龄化。在全国除三沙市外的336个地级及以上城市中，149个已经进入深度老龄化。<sup>25</sup> 地方政府将逐渐面临人口老龄化带来的诸多挑战。

人口老龄化加大地方财政压力，生育率下降、老年抚养比上升对消费需求、劳动力供给、劳动力成本等产生影响，使课税基础和财政收入减少。同时导致养老金、医疗保险、适老化改造、养老服务等老龄相关财政支出增加。相关数据显示，2011年，国家财政总支出为10.9万亿元，其中教育、医疗卫生、社会保障和就业这三个民生相关领域的政府支出占比达31.16%，2020年，这一比例达35.88%。以医疗卫生支出为例，2011年全国财政医疗卫生支出总额为6429.5亿元，2014年突破1万亿元大关，达10176亿元，2018年超过15000亿元，2020年达19201亿元。<sup>26</sup> 从年度增长比率来看，2011年至2020年间，每年同比增长均超过10%，最高时达22.91%。<sup>27</sup>

管中窥豹可见一斑，人口老龄化对地方政府的影响不仅体现在财政税收方面，劳动力减少、消费和产业结构变化对经济增长的影响，以及服务供给、涉老人才不足等诸多挑战都将使地方政府在经济发展和社会治理中面临极大困境。因此，地方政府有责任发挥引导作用，履行社会治理职能，积极创新实践，探索老龄社会背景下的可持续发展之路。

24 吴玉韶，《从老龄不是问题到老龄国家战略——新中国老龄事业发展的回顾与启示》，中国社会工作，2020年第20期。

25 林小昭，《中国城市老龄化大数据：149城深度老龄化，集中在这些省份》，第一财经日报，2021年9月6日。

26 数据来源：国家统计局、财政部相关数据统计。

27 范建镛，《人口老龄化与我国公共支出变动趋势》，中国发展观察，2021年第24期。

2011-2020全国财政医疗卫生支出变化情况

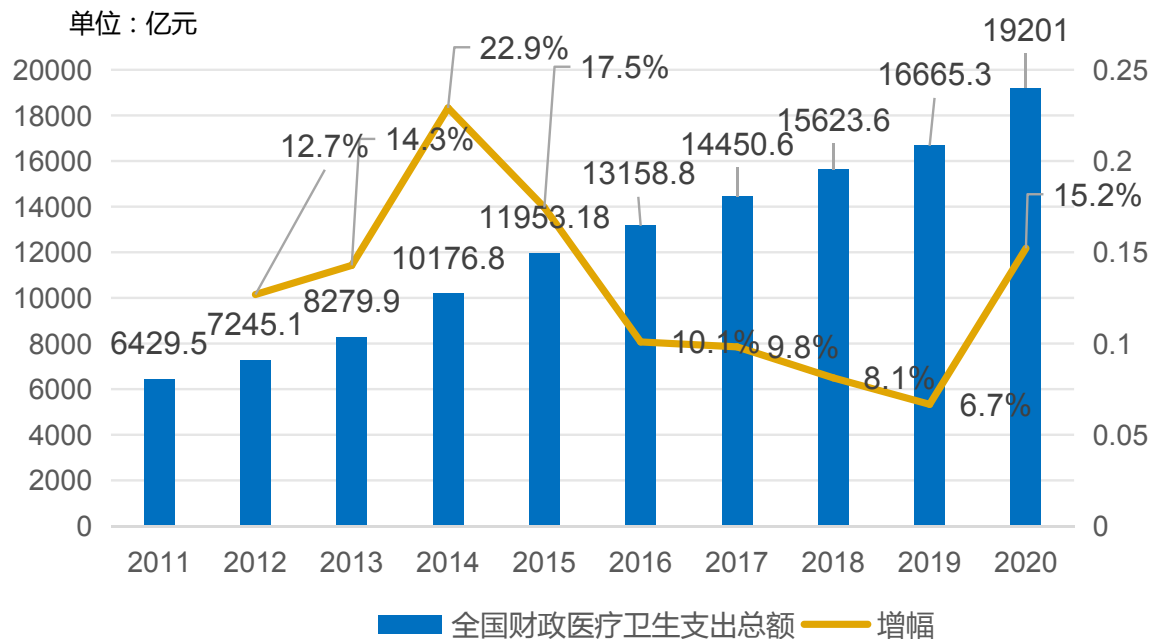


图4 2011-2020全国财政医疗卫生支出变化情况

数据来源：国家统计局、财政部相关数据统计

## （二）老龄社会视角下地方政府基层创新的实践

### 1、医疗、公共卫生体系的改革

#### （1）苏州市——“公卫再造”模式

苏州市政府重视卫生健康工作，“十三五”以来，先后出台实施《落实健康优先战略加快推进卫生计生事业发展的若干意见》《卫生与健康提升三年行动计划（2018—2020年）》《苏州市医疗卫生资源补缺补短“123”方案》等政策，把公共卫生体系建设作为卫生健康事业发展的重要组成部分统筹推进，使苏州市的健康水平取得了长足发展。

近年，苏州开展健康城市建设。一是全域推动，城乡一体推进健康城市建设，建立“健康优先”的制度安排，各地各部门主动将健康融入所有政策。二是全程覆盖，统筹推进“健康苏州”系列行动，建立了覆盖全生命周期的健康服务新格局。三是全民参与，大力开展健康素养提升行动，“十三五”以来居民健康素养水平提高了18.66个百分点，达39.96%。健康苏州建设过程中，政府部门间责任确立，相互协调配合，比如市委宣传部、市政府新闻办发挥宣传教育作用，财政局发挥资金支持作用，第三方社会组织、红十字会、志愿者发挥救援支持作用。

医院和医学研究机构为企业提供研发建议，学校向企业输送专业人才，进而企业生产出的医疗卫生产品通过政府购买和医院采买而获得盈利。疾控中心通过建设整合型检验中心，实现苏州市公共卫生检验检测资源共享。医院和医学研究机构为疾控中心的行政决策提供专业性意见和建议，并实现人才共享。在市政府支持下，院校合作模式得到发展，高校具备科研优势、人才优势，而医院和疾控中心具有实践能力，更容易实现优势互补。数字化云平台通过汇集资源，共建共享，推动大健康、大卫生有效落地。社区执行公共卫生措施，积极向民众传递医疗卫生知识，提高居民健康素养。

2020年，苏州获评全国健康城市建设样板市。<sup>28</sup>截至2021年底，苏州市人均期望寿命达84.04岁，高于全国平均水平。<sup>29</sup>

## (2) 深圳市罗湖区——从“治疗”向“健康”转变的医改模式

2015年，深圳市罗湖区制定实施医改方案展现出较好效果。

一是整合医疗资源成立医疗集团（医联体）。罗湖区5家公立医院、30余家社区康复服务中心（社康中心）整合成人员编制、运行管理、医疗服务一体化，一个法人代表到医院集团，内部资源紧密联动，实现双向转诊。

二是强化社康中心基层诊疗能力。政府办社康机构为主体，社会办社康机构为补充，为居民提供包括医疗卫生，家庭医生，健康咨询与指导，医养结合和养老服务需求评估，社区急救网络建设和公共卫生事件应对等服务。同时规定社会办和政府办机构在社会医疗保险定点、科研教学、人才队伍建设和医务人员职称评审等方面享有平等权利。

三是医保杠杆推动治疗转向预防。罗湖区试行“总额包干、结余留用”的医保制度改革。以辖区内签约家庭医生的居民为对象，将上一年度基本医保大病统筹基金和地方补充医保基金的支付总额以及本年度全市医保支出平均增长比率值打包给罗湖医院集团。年终清算时，若有结余则奖励给集团。并规定签约参保人在集团外发生的医疗费用也从集团医保总额中扣除。此举促使家庭医生有动力留住患者，同时为节约医保，医患利益逐渐趋同，医生工作重心从保疾病转向保健康。

四是激励制度促进分级诊疗。居民健康状况等信息被作为量化指标进行考核，结果与财政补助、管理层年薪挂钩。实现基层全科医生享受公立医院在编人员同等待遇，将基层工作

28 案例来源：网络，新闻报道、政策文件整理。

29 数据来源：《2021年苏州市卫生健康事业发展情况公报》。

经历作为医务人员的晋升条件，激励医疗资源下沉，促进分级诊疗。五是打通信息渠道优化转诊流程。罗湖区打造信息共享系统“健康罗湖APP”，打通社康中心和三级医院的信息壁垒，实现社康中心与社区居民的互联互通，串联分级诊疗的各个据点。并基于此将医学检验、放射影像等中心独立，实现结果互认、资源互通，极大优化了转诊流程，提高诊疗效率和服务质量。

目前，罗湖医改模式已得到社会认可，并在深圳全面推广。<sup>30</sup>

## 2、社区服务综合体的营造

### (1) 天津市河西区——“社区综合体”实现15分钟养老服务圈

天津市河西区推动养老服务创新发展打造社区综合体。

一是完善三级养老服务设施布局。区级层面养老服务中心统筹全区养老服务工作，指导和监督养老服务机构开展综合为老服务，落实老人各项补贴政策，组织开展为老志愿服务、人员培训、宣传科普等工作。街道层面养老服务中心，为老人提供生活、照料等综合服务。社区层面照料中心，以半径700米为标准设置，提供送餐等基础服务，形成“15分钟服务圈”。

二是激励第二、三部门积极参与。坚持推行市场化、片区化、专业化，让养老服务企业和社会组织承包运营照料中心，政府每年给予一定的运营补贴，支持和撬动更多社会力量参与。目前，河西区已形成涵盖组织保障、设施建设、平台建设、运营、补贴、管理、服务等7大类42项机制的“政策包”。

三是拓展社区照料中心功能性。第一是引入专业养老机构，将照料中心升级为嵌入式养老服务机构。引导养老机构发挥优势，把专业的人员、设施、技术向居家养老延伸，为老人提供足不出社区的多元化服务。第二是同步配建社区卫生服务站，在保障患者基本用药需求的同时，提供针灸等基础医疗服务。第三是担任适老化改造平台，以居家养老服务中心为圆心，结合老旧小区修缮、加装电梯、道路整修等工程，对社区环境进行适老化改造。

四是提升管理服务数智化水平。打造集数据分析、运营使用、场景展现、审核监管等功能于一体的数字化管理平台，并设立养老服务呼叫中心，实现对辖区内养老事项统筹管理。平台通过大数据分析，将老人需求分为助餐服务、生活照料、助医服务、托养床位和其他服务5大类。并且可以从全区、载体、运营企业，各街道属地管理等角度具体展现服务情况。

30 案例来源：网络，新闻报道、政策文件整理。

目前,河西区搭建街级服务载体14个,社区级服务载体31个,服务站级服务载体45个,实现15分钟养老服务圈全覆盖。2021年,河西区作为典型经验做法被国务院办公厅通报表扬。<sup>31</sup>

## (2) 宁波市北仑区——社区照护服务一体化建设

宁波市北仑区积极探索照护服务体系建设,并在实践中展现出了若干亮点。

一是引入民营机构,发挥专业支撑力量。通过公建民营的方式,改造改建民营老年服务机构104家,引入专业照护机构参与运营,社会化运营比例达100%,提供床位占全区总床位的83%。

二是倡导小型适用,老年机构嵌入社区。专业照护机构将旗下小型机构“嵌入”社区并进行连锁经营和专业化运营。规模虽小,但符合就近原则。

三是重视院内和谐,五保自费一视同仁。照护服务强调“以人为本”,无论五保老人还是自费老人都享有同等服务。

四是居家服务为本,夯实老年服务基础。北仑区既关注被照护者,还关注家庭照护者。全面推行护理技能培训制度,免费开展生活照护、疾病照护、护理技能等15个科目的家庭照护公益培训。

五是建设老年社区,努力实现适地安老。老年社区是在部分乡镇街道在建设新农村新规划中划定专供村中老人聚居的社区。老人既能享受“二人世界”,也离子女更近。

六是老人需要为本,爱心厨房送餐上门。推动“爱心厨房”项目为生活自理困难,子女又无法照护的高龄、残疾、特困、独居、失独等有特殊需要的老人送餐上门,实现全覆盖。区财政对每位通过评估就餐老人每年给予3000元补助。

七是搭建社区平台,健康社会双重照护。健康照护方面,表现为“急症快医、慢病细养、失能近护”。<sup>32</sup>社会照护方面,精心培育为老服务社会组织和社会公益项目。

八是打破区划限制,按照需要服务分片。实现以需求为导向的资源优化配置,有利于更

31 案例来源:网络,新闻报道、政策文件整理。

32 急症快医是指通过嵌入式照护机构、增设老年门诊等方式,提升急难重症的诊疗水平。慢病细养是指通过引导老年机构内设医疗站点或与邻近的医院进行医疗合作,为在院老年人提供各项康复护理服务。失能近护是指以居家养老服务中心为纽带,内嵌社区卫生服务站、护理站等元素,向社区、家庭提供康复培训等支持性服务。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/328011134122006136>