

# 长期护理保险制度衔接、政策整合与机制协同

戴卫东<sup>1</sup>, 德勒格尔<sup>2</sup>

(1. 浙江财经大学公共管理学院, 浙江省新型重点专业智库“中国政府监管与公共政策研究院”, 浙江 杭州 310018;

2. 中国大地保险有限公司浙江分公司, 浙江 杭州 310000)

**摘要:**建立长期护理保险制度是党中央和国务院积极应对人口老龄化、推进国家治理体系和治理能力现代化的重要战略决策。研究发现,目前长护险已经试点 7 年,成绩与问题并存。基于此,提出“十四五”期间长护险建制在从一开始就需要厘清多元复杂的相关关系,不能因循守旧,应该统领全局,提前谋划长护险与社会保险和商业保险、老年和残疾人福利以及低保和特困救助等社会保障制度的衔接,从分配对象、分配内容、服务输送和资金运作 4 个维度做好长护险与相关社会福利政策的整合,在人才培养发展机制、定点机构遴选机制、服务购买机制、激励机制、信息化和技术创新机制、质量监督机制等方面做到与公共服务多主体机制的协同。只有这样才能保证这项惠及民生的“第六险”制度少走弯路、少犯错误。

**关键词:**治理体系现代化;长期护理保险;制度衔接;政策整合;机制协同

中图分类号:C934

文献标识码:A

文章编号:1005-0566(2024)04-0012-13

## System connection, policy integration, and mechanism collaboration of long-term care insurance

DAI Weidong<sup>1</sup>, Deleger<sup>2</sup>

(1. School of Public Administration, Zhejiang University of Finance and Economics,

The New Type Key Think Tank of Zhejiang Province

“China Research Institute of Regulation and Public Policy”, Hangzhou 310018, China;

2. Zhejiang Branch of China Dadi Insurance Co., Ltd., Hangzhou 310000, China)

**Abstract:** Establishing a long-term care insurance (LTCI) system is an important manifestation of the CPC Central Committee and the State Council actively responding to the aging population, promoting the modernization of the national governance system and governance capacity. At present, LTCI has been piloted for seven years, with both achievements and problems. During the 14th Five Year Plan period, the establishment of LTCI needs to clarify the diverse and complex related relationships from the beginning. It is not necessary to follow the beaten track, but to take the overall picture and plan in advance the connection between LTCI and social security system, the integration between LTCI and social welfare policies, the coordination between LTCI and public service mechanisms. Only in this way can we ensure that the LTCI system that benefits people's livelihoods avoids detours and mistakes.

收稿日期:2023-10-19 修回日期:2024-03-05

**基金项目:**国家社会科学基金重点项目“‘兜底性’失能老年人养老服务体系建设研究”(20AZD082);浙江省高校重大人文社科攻关计划项目“浙江省长期护理保险试点评估、政策优化、关键机制与推广路径研究”(2023GH030)。

**作者简介:**戴卫东(1968—),男,安徽桐城人,博士,浙江财经大学公共管理学院教授、博士生导师,浙江省新型重点专业智库“中国政府监管与公共政策研究院”研究员,研究方向为长期护理保险、养老保障、医疗卫生政策等。

**Key words:** modernization of governance system; long-term care insurance; institutional connection; policy integration; mechanism coordination

党的二十大报告指出,到2035年“基本实现国家治理体系和治理能力现代化”是我国发展的总体目标之一。同时,党的二十大报告还提出“建立长期护理保险制度”。我国长期护理保险是指以互助共济方式筹集资金、为长期失能人员的基本生活照料和与之密切相关的医疗护理提供服务或资金保障的一种社会保险制度。人口老龄化、高龄化带来的失能已经成为我国一个新的社会风险,有研究表明,到2030年老年人余寿中平均经历7.44年失能期,较目前3.67年大幅度提升<sup>[1]</sup>。未来10年,我国政府民生支出规模将持续增长,不同于过去10多年以五大社会保险为主的民生保障力度增强,未来将主要由老龄化驱动<sup>[2]</sup>。养老保险、医疗保险、长期护理保险、高龄老人补贴等制度支出不断增长的关键性因素就是人口老龄化<sup>[3]</sup>。因此,适应人口不断变化并与人口变化过程中各种制度、政策及机制相协同,应当成为新时期、新的人口形势下中国社会保障制度建设的首要法则<sup>[4]</sup>。2016年我国开始试点长期护理保险(以下简称“长护险”),2020年又扩大试点,这是党中央和国务院践行积极应对人口老龄化、推进国家治理体系和治理能力现代化的重要体现。2020年全国约有3366万名老年人处于不健康或者生活不能自理状况,这个人群大多是长护险制度待遇给付的主要对象<sup>[5]</sup>。截至2023年6月底,长护险制度参保人数达到1.7亿人,累计超200万人享受待遇,累计支出基金约650亿元,年人均减负约1.4万元<sup>[6]</sup>,切实减轻了失能人员的家庭负担。但是,目前长护险试点城市的实际受益全部人群只占需求人群的5.8%左右,加快推进长护险制度体系建设是大势所趋。

作为社会保障的一种制度形式,长护险制度必然涉及参保对象、受益对象、资金来源、基金管理、服务供给、待遇支付、经办管理等基本要素。又因为长护险保障的是长期失能人员尤其是老年人,这个群体面临着工伤事故、身体残疾、经济贫困、疾病多发等导致的基本生活照料和基础医疗护理的缺失或不能满足的风险,严重者甚至丧失

了体面生活和做人的基本尊严,这有违人的生存权和基本的社会公平。因此,基于社会保险的基本属性和人的根本需求可以发现,长护险处于一个复杂的制度体系之中。任何事物都是相互联系的,作为新的“第六险”制度建设,长护险不可能摆脱与其他风险相近或不同的制度及政策等方面关联,这种关联更多的表现在相关的制度衔接、政策整合以及机制协同。所谓衔接,是指将不同的事物连接在一起,使它们之间形成一定的联系;整合的含义侧重于优化和重组现有事物,使其具有系统性;协同表示各方相互配合或一方协助另一方完成任务<sup>[7]</sup>。进而,本文的制度衔接(institutional connection)是指不同制度之间的联接,以及它们如何共同形成一个完整的制度体系,目标是确保不同部门和制定机构之间密切合作,以保证相关制度制定和实施的协调一致性。政策整合(policy integration)一般是指政策制定过程中不同政策之间需要全盘考虑和整体设计,目标是确保政策制定过程中不同政策的相互配合,形成一个更为全面、协调、可持续和高效的政策体系。机制协同(mechanism coordination)则是指公共服务系统内、外部不同机制之间的协调,这些机制主体可以是政府、公立机构、民间团体、非营利组织以及市场企业、社会组织等,目标是确保不同的机制能够在服务运行中密切配合,充分发挥各自的优势,使得整个耦合系统创造出新的价值,从而获得原来单个机制无法达成的效果,避免资源浪费。由此可见,制度衔接、政策整合和机制协同是社会治理3个非常重要的概念,核心在于制度制定、政策推进和服务运行过程中不同层次之间的协作和协调活动。目前,学术界关于本主题的研究成果相当缺乏,且长护险试点7年多来成绩与问题并存,政策“碎片化”现象严重,故本文拟对此开展深入探讨。

“十四五”期间长护险建制从一开始就需要厘清多元复杂的相关关系,才能保证这项惠及民生的制度少走弯路、少犯错误,从而真正地彰显我国治理体系和治理能力现代化水平的提升。

## 一、理论框架

### (一) 社会保障制度的系统性

社会保障是各种具有经济福利性的、社会化的国民生活保障系统的统称,客观上包括经济保障、服务保障和精神保障 3 个类别,从发展历史和保障层次又可分为社会救助、社会保险、社会福利等为主的保障性措施。由此可以看出,社会保障由若干子系统共同构成,各子系统之间和子系统内部项目虽然保障对象不同、保障内容有别、保障待遇差异,但它们是一个完整的、协调的体系,在发展中不能顾此失彼,也不能厚此薄彼,否则就会严重影响社会保障体系整体功能的发挥。可见,社会保障子系统间及其内部的不协调会导致整个社会保障体系的效率低下。社会保障制度整体系统的衔接是各国社会保障制度必须遵循的客观规律<sup>[8]</sup>。

由于我国人口老龄化的加速发展,作为“第六险”定位的长护险制度成为我国社会保障体系大家庭的一个新成员,是社会保险子系统中的一张新面孔。因此,长护险制度建立也必然要与社会保障的社会救助、社会保险和社会福利等子系统及其内部项目进行衔接协调。顶层设计已经关注社会保障之间的高度相关性。2016 年 5 月,习近平总书记在中共中央政治局举行的关于我国人口老龄化形势和对策第三十二次集体学习时首次提出要建立“相关保险和福利及救助相衔接的长期照护保障制度”<sup>[9]</sup>。2019 年 9 月,民政部发布《关于进一步扩大养老服务供给 促进养老服务消费的实施意见》进一步强调,推动建立保险、福利和救助相衔接的长期照护保障制度。显然,包括两层含义:一是要建立以长期护理保险为主体、护理福利服务和护理救助津贴为“两翼”的多层次衔接式长期照护保障体系<sup>[10]</sup>;二是新的长护险制度建立还要与先前的社会保障子系统内部相关项目相衔接,这正是本文要研究的重点内容。但必须说明的是,作为补充保障的传统家庭保障的确是长护险的非正式服务供给载体,而目前还没有成为制度化社会保障的组成部分,因此本文没有将家庭保障纳入长护险制度衔接的子系统当中。

### (二) 社会福利政策的兼容性

本文从分配基础、分配内容、服务输送和资金

运作 4 个维度来分析社会福利政策的理论<sup>[11]</sup>。其中,分配基础是指社会福利政策“对象”(who)的界定,即哪些人有资格享有社会福利,兼及普惠型、选择型两种模式;分配内容即分配什么(what),现金和实物是福利分配的两种基本形式,有时可以融合,但实物(服务)对老年人具有不可替代性;服务输送是指如何提供福利服务(how),涉及政府、市场、社会和家庭的分工与合作;资金运作包括资金来源与支付渠道(way),社会福利资金包括或兼容税收、自愿捐款和收费等途径。

作为老年福利政策的重要载体,医保部门主管的长护险与现有的人社部门养老保险政策、民政部门养老服务政策、残联部门残疾人福利政策以及卫健部门初级卫生保健等相关政策要不要整合、如何整合成为摆在我们面前的一个难题。为此,我们可以借助吉尔伯特和特尔的社会福利四维分析框架来探讨长护险与其他社会福利政策之间的兼容性问题。

### (三) 公共服务机制的耦合性

协同治理理论源于自然科学的协同论和社会科学的治理理论相交叉的一个新兴理论。德国理论物理学家赫尔曼·哈肯(Herman Haken)于 1971 年创立协同理论认为,协同是系统机制要素或子系统之间相互作用和配合,在时间、空间和功能上形成一定的自组织结构,从无序走向有序的过程。协同论用于公共服务实践能够发挥整体系统的耦合效应。联合国全球治理委员会认为,协同治理是各种公共、私人机构以及个人管理共同事务诸多方式方法的总和<sup>[12]</sup>。协同理论与本主题相关的原理是自组织原理和协同效应。在公共服务领域,一方面由于中央政府主导政策推进,不断向地方政府传导压力,尽管上级政府压力下的协同可能具有非自愿性、非自发性和不适性等特征,但在“晋升竞标赛模式”下地方政府不得不组织起来,协调行政区域范围内相关服务资源;另一方面当某一社会问题达到某种临界值时,也就是业已影响到当地群众基本生活并引发群众不满意感上升时,相关公共服务的地方主管部门主动表现出协同意愿,在多元服务主体间做出积极的协调行动。这两种情况下的自组织行动都能对公共服务运行



机制产生较好的耦合效应。

长护险是基本公共服务的一种形式,其从 2016 年试点到 2020 年扩大试点,再到 2022 年党的二十大报告提出建立长护险制度,党中央和国务院战略决策的推动意识非常明显。同时,“一人失能,全家失衡”的社会现实也呼吁新时代地方政府要积极作为、有所担当。与养老保险、失业保险给予经济补偿的特点不同,长护险的核心在于长期护

理服务供给。在长期护理服务供给体系中,建制前、运行中和服务后等相关一系列机制单靠医保部门一家肯定难以建立起来,需要协同政府、市场、社会和家庭等公共服务多主体机制才能使长护险服务得以高质量发展。

综上所述,我们可以建立一个体现治理体系和治理能力现代化的长护险制度衔接、政策整合和机制协同的理论分析框架,如图 1 所示。

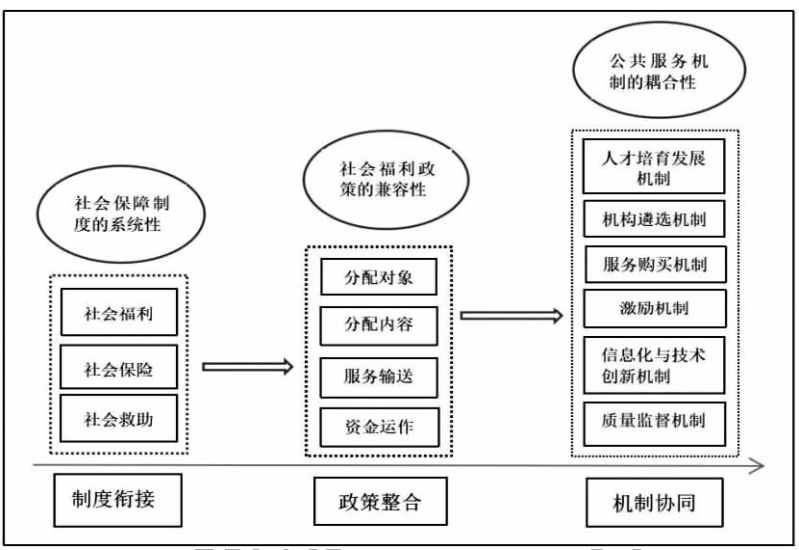


图 1 理论分析框架

二、长护险与其他社会保障制度的衔接

理论上,每个人的生命历程中都可能发生失能等各种风险。长护险通过化解失能群体尤其是老年人的护理服务风险,从而达到保障他们基本生存权的社会治理目标。其实,每项社会保障

制度都有其存在的必然性和应然性,但针对每个人生命历程的总体需求来说,长护险虽只是其中一项制度保障,却贯穿整个生命历程,势必要与其他社会保障制度产生关联。其基本逻辑见图 2。

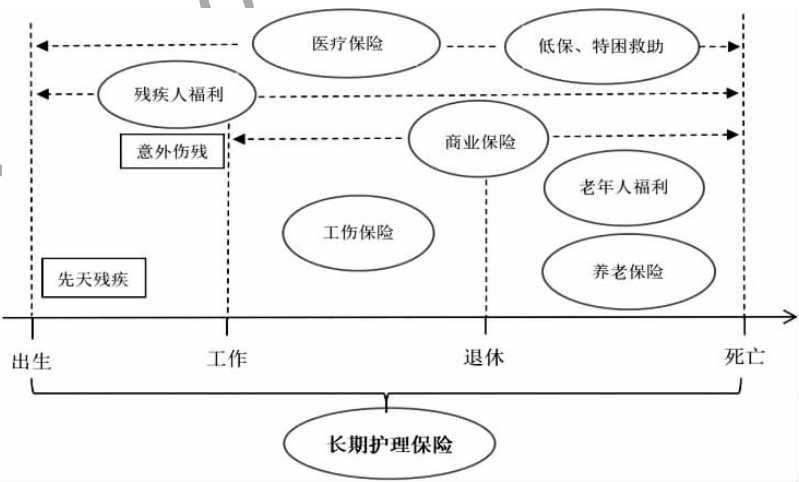


图 2 长期护理保险与其他社会保障制度衔接逻辑

(一)长护险与相关保险制度衔接

从图 2 可以看出,与长护险关联的制度主要有医疗保险、工伤保险、养老保险、商业保险等相关保险。

1. 与医疗保险制度的衔接

疾病风险伴随生命个体的终生。医疗保险面向参保患者的急症治疗,医护人员所采取的医疗护理服务目的是治愈疾病,而院后或术后患者或慢性病患者的康复护理和日常生活照料则属于长期护理服务,目的是提高其生活质量和维护生命尊严。世界卫生组织(WHO)倡导的“整合照护”(ICOPE)<sup>[13]</sup>,以及美国、英国等发达国家都在积极探索慢性病老年人院后的康复护理促进计划(improve discharge planning processes)<sup>[14]</sup>,都以实现医疗护理与长期护理的有效衔接为目标。目前试点城市长期护理与医疗护理的服务项目标准不统一,结果是长护险与医疗保险的服务项目交叉,造成服务资源挤兑、资金相互套用等现象。在一定程度上,长期护理从模式上看可属于延续护理,但完全单纯地以服务地点来区分会导致长护险和医疗保险制度定位模糊<sup>[15]</sup>。就试点城市护理服务机构来看,虽然社区卫生服务中心、护理站、养老机构等不同类别机构职责划分明确,但在实际运作中各类机构都提供从医疗护理到长期护理的两种服务,只是医疗性质服务与照护性质服务占比不同而已<sup>[16]</sup>。因此,搞清楚长期护理与医疗护理的内涵是根本。

长期护理(long-term care)是指在持续一段时期内给丧失活动能力或从未有过某种程度活动能力的人提供的一系列健康护理、个人照料和社会服务项目<sup>[17]</sup>。而医疗护理包括基础护理、疾病诊治、大病康复服务以及临终关怀服务等<sup>[18]</sup>。二者的相同点在于都包括基础护理、康复服务和临终关怀服务等;不同点在于长期护理还包括来自家庭的个人生活照料、社区卫生保健、民政与残联等部门社会服务以及志愿服务等,医疗护理还包括药物治疗、手术治疗等医学专业服务。由此,医保、民政、卫健部门共同拟订长期护理所包括的基本生活照料、与基本生活密切相关的医疗护理服

务项目清单,统一清单名称后发布。这样,医疗护理服务项目由医保支付,长期护理服务项目则由长护险支付,二者共同的护理服务项目依据服务地点来确定支付险种,以此实现长护险“独立险种”并与医疗保险有序衔接。

2. 与工伤保险制度的衔接

根据《社会保险法》第 38、39 条,我国工伤保险待遇以现金、津贴形式发放,如果发生工伤事故的职工需要康复护理和生活照料,作为同时又是长护险的参保人,依据权利与义务对等的原则,该参保人是否还应享受长护险待遇。理论上讲,针对同一种风险只能获得一项保险待遇,否则可能会出现保险收益大于风险损失的结果,从而导致被保险人投机行为的发生<sup>[19]</sup>。故有两种情形:一是针对工伤伤残的在职职工,可以接受长护险服务清单上的机构服务或机构上门服务或家庭照料服务,但发生的费用必须由工伤保险支付。二是与用人单位终止或解除劳动合同的非退休人员,由于其工伤保险失效,如果其已经参保长护险则应申请失能评估等级鉴定,获准后可享有相应的护理服务,由长护险支付服务费用。

3. 与养老保险制度的衔接

按照目前我国退休人员领取养老金的条件,达到法定退休年龄、满足缴费年限即有领取资格,而不需继续缴纳养老保险费,那么是否需要继续缴纳长护险费才能在失能时享受护理服务?答案是肯定的。因为养老保险与长护险的风险原理不同,前者解决的是老年人退出劳动岗位后收入锐减的风险,后者解决的是老年人身体机能下降后失能多发的风险。长护险与基本养老保险衔接表现在两方面:一是领取退休金人员如果入住养老机构,享受“国家基本养老服务清单”之外的养老服务,则应自付全部费用;二是退休人员参保长护险后,如通过了失能等级评估和服务需求认定,那么长护险应支付其接受长期护理服务项目的合规费用。这是因为普通养老服务(如家政服务)与长期护理服务的性质不同。

4. 与商业保险的衔接

长期护理社会保险承担“保基本”的功能。党

的二十大报告提出要“健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次社会保障体系”，多层次长期护理保障体系建设也离不开处于必要补充地位的商业护理保险。近年来，国务院等部门亦先后发文着力引导商业护理险发展，如国务院办公厅转发《卫生计生委等部门关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见》的通知、国务院办公厅《关于加快发展商业养老保险的若干意见》、银保监会等13部门联合发布《关于促进社会服务领域商业保险发展的意见》、银保监会印发《关于开展人寿保险与长期护理保险责任转换业务试点的通知》（2023年3月）等文件都提出要大力发展长期商业护理保险、开发商业护理保险产品。长期护理保障体系应以社会护理保险为核心、护理福利服务和护理救助津贴为“两翼”以及商业护理保险为补充的多层次架构。

### （二）长护险与相关福利制度衔接

2015年9月，国务院《关于全面建立困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴制度的意见》发布，标志着面向残疾人福利的“两补”制度诞生。至2018年年底，我国已经基本实现面向老年人福利的高龄津贴、养老服务补贴和护理补贴制度的全国覆盖<sup>[20]</sup>。

2015年10月，《民政部、中国残联关于贯彻落实〈国务院关于全面建立困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴制度的意见〉的通知》提出，“探索推进残疾人照护体系与老年人照护体系的整合，推动老年人、残疾人服务项目和服务资源共享，逐步建立包括老年人、残疾人等功能障碍人士在内的长期照护体系”。根据“国家基本养老服务清单”，高龄津贴对象是80周岁及以上老年人，养老服务补贴对象是经济困难的老年人，护理补贴对象是生活长期不能自理的经济困难老年人，困难残疾人生活补贴对象是低保家庭中的残疾人，重度残疾人护理补贴对象是残疾等级被评定为一级、二级且需要长期照护的重度残疾人。理论上，老年和残疾福利制度资金来源于公共财政支出，长护险基金的一部分也来源于公共财政补贴，那么针对老年、残疾人群发生同一性质的失能风险，

同一个人就不能既享受福利制度补贴，又享受保险制度待遇。为此，对老年、残疾福利制度对象要进行分类：第一类是失能需要接受护理服务的为护理补贴对象、重度残疾人，第二类是非失能因高龄、贫困等其他条件享受福利津贴的为高龄津贴对象、养老服务补贴对象和困难残疾人。针对第一类人，目前试点阶段失能人员只能在长护险待遇、民政护理补贴和重度残疾人护理补贴中选择其一，就高标准待遇享受；未来民政护理补贴和残联重度残疾人护理补贴的财政资金应该归并到长护险的财政补贴，以避免公共财政资源“九龙治水”造成的浪费。针对第二类人，仍然由民政和残联部门管理。

### （三）长护险与相关救助制度衔接

由于残疾、因病致贫等各种原因，贫困现象可能存在于每个人生命历程。晚年的慢性病和身体功能受限无一例外的是儿童期的经济贫困及环境风险的必然结果<sup>[21]</sup>。从我国社会救助制度角度出发，与长护险衔接的是最低生活保障和特困人员救助供养。根据民政部《2021年民政事业发展统计公报》数据，全国城乡困难人员合计4682.4万人。这个人群中有人尤其是老年人一旦失能，即陷入了经济贫困与健康贫困的“双困”境地。长护险提供服务的前提条件是经申请通过失能评估认定的参保人员，在双重困境的情况下，城乡困难人员如何缴纳长护险费是“第六险”建制必须要考虑的顶层设计。尽管低保与特困人员救助制度提供经济帮扶的“兜底”保障，但不能解决困难人员失能后照护服务需求的最后尊严，因此救助制度与长护险制度的有效衔接是实现“底线公平”的有力支柱。

长护险与社会救助制度衔接表现在低保家庭、低收入等家庭成员的“家庭联保制”创新。家庭不仅是“护理互助共同体”，而且是“护理风险共同体”。在人口老龄化加速趋势下，“因护致贫”“因护致困”是发达国家较常见的现象。德国、日本和韩国长护险制度对贫困者和收入低于一定标准之下的国民都实行了保险费、所得税以及自付费的减免政策。此外，德国还对配偶为低收入者



(月收入低于 450 欧元)、家属和配偶为低收入的自雇就业者(月收入不超过社会平均工资的 25%)、子女(0~18 岁的子女自动纳入家庭联保,18~23 岁子女没有正式就业的)以及残疾或终生残疾孩童(不受年龄限制)都可以随家庭主要参保人终身参加“家庭联保制”社会护理保险<sup>①</sup>,以彰显社会公平。借鉴国际经验,我国长护险建制后在经济发达省份或京津冀、长三角、珠三角、成渝等经济与服务一体化地区也可以试点“家庭联保制”模式。

三、长护险与相关社会福利政策的整合

基于长护险与相关社会保障制度的衔接性,遵循资源稀缺性和整合性原理,长护险制度还需要与既有的相关福利政策进行整合,构建“整合照护”式服务体系,以实现制度和政策资源利用的“帕累托最优”效果。

(一)分配对象政策整合

重视被照护对象是西方国家成功的“整合照护”模式的首要原则<sup>[22]</sup>。借鉴德国、日本和韩国的经验,我国长护险制度试点也采取跟从社会医疗保险参保的政策,国家医保局、财政部《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》(医保发〔2020〕37 号)要求“试点阶段从职工基本医疗保险参保人群起步”“有条件的地方可逐步扩大参保对象范围”。截至 2023 年 6 月,在 49 个国家试点城市中上海、青岛、成都等 22 个试点城市长护险已经覆盖到城乡基本医疗保险所有参保人员,即城乡基本医保参保人均均为长护险参保对象。日本介护保险规定 40 岁以上国民为参保对象的政策不可取,多年前日本政府就有意向考虑将介护保险参保对象的年龄调整为 20 岁<sup>[23]</sup>。

除了必须是参保对象的条件之外,享受长护险待遇的另一个条件是申请人要通过失能等级评估鉴定,因此在整合长护险受益对象政策之前,首先要明确的一个理念就是失智者(不一定失能)应

该与失能者一样都是长护险受益对象<sup>[24]</sup>,其次需对《中华人民共和国残疾人证》(第二代)残疾评定标准与国家医保局和民政部联合颁发的《长期护理失能等级评估标准(试行)》(医保发〔2021〕37 号)两套评估标准政策分情况进行讨论。第一种情况,整合老年、残疾福利制度中上述第一类人的补贴政策,将其纳入长护险待遇受益对象。这样就必须整合残疾评定标准与失能评估标准两个政策。“残疾评定标准”将残疾分为视力、听力、言语、肢体、智力和精神残疾 6 种类型,每类都划分为 4 级。长护险根据日常生活活动能力、认知能力、感知觉与沟通能力等 3 个一级指标和 17 个二级指标将失能划分为 0 级(基本正常)、1 级(轻度)、2 级(中度)、3~5 级(重度 I、II、III 级)6 个等级。虽然长护险的失能评定标准与残联的肢体、智力、精神残疾评定标准有部分重合,但没有覆盖其他类型的失能残疾人。第二种情况,残疾人不纳入长护险的受益人,因此无需整合残疾与失能评估政策。可学习日本和韩国的经验,两国长护险待遇的受益对象都不包括残疾人,依据是他们已享受社会福利政策的保护<sup>②</sup>。

(二)分配内容政策整合

社会福利政策分配内容包括现金、实物(服务)及其二者组合的 3 种形式。一般情况下,长护险主要以提供护理服务为主,如荷兰、日本和韩国。实证研究表明,目前试点城市给予失能人员现金补贴的政策会产生就高申报失能等级的负向激励效应<sup>[25]</sup>。显然,长护险待遇要尽量避免现金给付。只有在山区及海岛等偏僻地区、严重精神病患者照护、自然灾害发生等特殊情形的,基于公平才可以发放现金,如日本、韩国。但对家庭成员承担照料服务的,基于机会成本和时间成本给予现金补偿,如德国。因此,我国长护险与其他社会福利的分配内容政策整合就表现在服务上,政策

① 德国在 1995 年实施长期护理社会保险以后,采取护理保险跟从医疗保险的原则。所以,德国社会医疗保险的“家庭联保制”也扩展至社会护理保险领域,长护险领域的家庭联保与医疗保险相同。但德国商业医疗保险领域未实行家庭联保制度,而是每位参保人需单独缴纳保费,因此德国的商业护理保险也没有实行家庭联保制。

② 针对 65 岁以下的残疾失能者,日本长护险政策是 40 岁以上、65 岁以下患有 16 种特定疾病的人可享受长护险待遇;韩国政策是不满 65 岁、患有 24 种老年疾病的人可以是长护险受益对象。

整合点在于医养结合、残疾人托养服务两个方面。

一是与医疗、养老政策的整合。目前我国医养结合逐渐兴起。必须强调的是全国正大力推行的医养结合本质上并不是医疗服务和养老服务的简单叠加,而是将医疗、康复、护理、保健、养老整合为一体,实现医疗资源与养老资源的深度融合与联动发展,从而最大化地利用社会资源。其中,“医”包括医疗诊治、健康咨询、健康检查、医学护理、慢性病康复以及临终关怀等医疗服务,“养”包括日常生活照料、心理抚慰以及文化娱乐等养老服务。由此看出,长护险承担的长期护理服务是医养结合服务的部分,不包括由社会医疗保险付费的医疗诊治、医学护理等服务。从生命历程来看,确切地说,本文认为长期护理应该包括失能期生活照料、慢病期康复护理、恢复期健康维持、独居期精神抚慰以及临终期安宁疗护等“五期”的康养护服务。其中,医疗机构承担的康复、护理服务以及社区卫生的慢性病管理等均由卫健部门主管,生活照料、心理疏导和文化娱乐等由民政部门负责。长护险的主管单位医保部门只有联合卫健、民政等部门整合医疗服务政策与养老服务政策,才能提供迎合失能人员尤其是失能老年人需求的可及性、匹配性的长期护理服务。

二是与残疾人托养政策的整合。2009年8月,中国残联办公厅、财政部办公厅《关于印发<阳光家园计划>的通知》标志着国家正式启动“阳光家园计划”。这个项目主要通过集中托养、日间照料和居家托养等方式对就业年龄段(16~59岁)智力、精神和重度肢体残疾人进行托养服务。2021年8月,中国残联办公厅发布《“十四五”阳光家园计划》提出,“为残疾人提供生活照料及护理、生活自理和社会适应能力训练为主,辅之以运动功能训练、职业康复与劳动技能训练等服务”“有条件的地方积极探索建立残疾人托养服务与照护服务、养老服务等相关工作的衔接机制”。可将“阳光家园计划”三类残疾人的生活照料与护理、康复训练以及生活自理能力训练等领域与长护险服务政策相整合。长护险不仅有居家和社区的生活照料,而且突出了机构的基础护理和康复

训练的功能,这对残疾人托养服务是积极有益的补充。当然,待遇支付政策也要与服务内容政策同步整合。

### (三)服务输送政策整合

从长护险服务内容来看,涉及医保、卫健、民政、残联等相关职能部门,因此各主管部门提供相关服务的方式及其服务人员就需要根据同质性和相关性进行政策整合。在长护险服务体系建设中,服务输送是核心,关乎失能、残疾弱势群体对维持生存所必需的基本康养护服务的获得感、幸福感和安全感。

首先,服务输送方式的整合。医保部门管理的长护险服务供给方式包括定点养老机构、定点医疗机构和居家护理;卫健部门负责的初级卫生保健服务由乡镇医院、社区卫生服务中心和村卫生室承担;民政部门养老服务主要由社区日间照料中心、老年人服务中心、城市老年福利院以及农村敬老院等提供;残联部门的残疾人托养服务分为家庭照护、机构托养、日间照料三种主要方式。国家医保局《2022年全国医疗保障事业发展统计公报》数据显示,2022年长护险定点医养服务机构累计7679个,护理服务人员增加到33.1万人。根据国家统计局《2022年卫生健康和体育》数据,基层医疗卫生机构98万个,其中乡镇卫生院3.4万个,社区卫生服务中心(站)3.6万个,门诊部(所)32.1万个,村卫生室58.8万个。国家统计局《2022年国民经济和社会发展统计公报》显示全国各类养老机构4万个,养老服务床位822.3万张。中国残疾人联合会《2022年残疾人事业发展统计公报》显示,全国残疾人康复机构11661个,残疾人托养服务机构达8906个,其中寄宿制服务机构1763个,日间照料机构4135个,综合性服务机构1362个。可见,各类服务输送政策的整合空间很大,由于居家照料、日间照料、养老机构、基层医疗卫生机构、残疾人康复及托养机构等服务对象不仅都具有失能、残疾的特征,而且对其提供的照护方式和照护内容有较大相似之处,因此将紧缺的照料、护理、康复等资源整合利用,形成规模效应,可以破解长期护理服务的碎片化状态,并促进长



护险制度的耦合性与可持续性发展。

其次,服务供给主体的整合。一是从服务机构性质来看,包括民营(含民办公助)、民办非营利和公立机构(含公建民营)等多种养老、医疗卫生和托养机构。其中,民营的养老机构和托养机构需要在市场监督管理部门注册,公立和民非的养老、托养机构的主管单位是民政部门,基层医疗卫生机构和残疾人康复机构无论是公立还是民营都需要经过卫健主管部门的许可。在这些机构当中,公立机构发挥主导作用,民营和民非机构占据主体地位。这也是西方国家长期护理制度体系建设的经验<sup>[26]</sup>。二是从服务人员构成来看,根据德国、日本和韩国等国家长护险制度建设的经验,长期护理服务从业人员主要由注册护士、执业护士、社会工作者、理疗师、康复治疗师、心理咨询师、营养师,以及家庭成员、志愿者等组成<sup>[27]</sup>。从业人员的培养是教育部门高等教育和职业教育的重要内容,从业者职业资格证书的获得则由卫健部门(医疗、康复、心理类执业资格)、民政部门(社会工作资格等级)经过考试颁发,从业人员提供服务标准一般由医保、卫健、民政等部门共同拟定政策。

#### (四)资金运作政策整合

长护险资金运作包括资金筹集政策和待遇支付政策。目前,我国长护险试点阶段从基本医疗保险划拨统筹基金和个人账户结余资金的政策是一种权宜之计。因为基本医保基金本身也面临着收不抵支的风险。49 个试点城市长护险筹资来源有医保统筹基金、医保个人账户、个人缴费、财政补贴、单位缴费和福彩公益金 6 种渠道,基本上都采取定额筹资、定比例筹资两种方式,但不同筹资渠道组合共有 14 种筹资类型,且筹资标准、待遇水平在各地之间差距较大。按照国际长护险制度设计,一般由用人单位、个人的缴费及政府财政补贴的“三方缴费制”是主流筹资模式,待遇支付则按照失能等级和居家、机构服务类型设定不同的待遇标准。那么,依据我国各社会福利政策现状,哪些政策资金与待遇发放可以与长护险制度进行整合呢?

其一,相关福利筹资政策的整合。从近年来

的实践看,各级政府在老年照护服务领域投入不少,但收益和社会效应并不与之相称,主要原因在于财政资源投入分散化。可依据人群进行长护险筹资政策整合。一是,针对退休人员,从人社部门的养老金中直接划拨缴费;如果住房公积金有结余的,也可以划拨部分住房公积金缴费。二是,针对劳动年龄人群,基于长护险与基本医保制度绑定,可随医保筹资一起缴费,虽然二者的主管单位都是医保部门,但长护险基金要“单独建账,单独核算”。三是,与老年、残疾福利制度的资金政策整合,国家医保局、财政部颁布的医保发〔2020〕37 号文明确提出,“做好长期护理保险与经济困难的高龄、失能老年人补贴以及重度残疾人护理补贴等政策的衔接”,但没有提出具体的整合措施。自 2022 年起民政部已将不低于 55% 的福利彩票资金用于支持发展养老服务,把这笔福彩基金用于养老服务补贴和护理补贴的部分剥离出来归并到长护险的财政补贴资金。另外,残联系统的重度残疾人护理的财政补贴资金,也需要转变支出端的方向,直接划拨到长护险的财政补贴账户,其中部分资金用于重度残疾人参保长护险的缴费。四是,针对地方财政比较困难的地区,地方人大通过立法将一定比例的慈善捐赠等资金划拨进长护险基金的地方财政配套账户。

其二,相关福利待遇支付政策的整合。据调研,现阶段长护险试点地区老年、残疾福利待遇政策与长护险待遇整合的难度较大。为此,可采取变通政策,建议采取渐进的原则,前文亦提及享受长护险待遇的失能失智人员不能同时享受保险待遇和福利津贴,但可以就高标准享受其中一种。如面向残疾人的“阳光家园计划”资金主要来源于中央财政专项资金,此外还有地方财政补助、社会捐助等,此计划用于居家托养照护的补贴资金可与长护险的待遇支付政策予以整合。目前,中央财政补助资金按照每人每年平均 1 500 元的标准补助符合条件的残疾人接受各种形式的托养服务。从试点地区长护险居家护理待遇的支付政策来看,大部分地区为 400 ~ 800 元/月,有的地区每月超过 1 000 元。“阳光家园计划”与长护险待遇

整合后,就高享受政策有利于残疾人生活改善。此外,对于低保、特困家庭的失能人员接受长期护理服务,由中央和地方财政兜底支付,对该群体实行减免政策,也是国际上推行长护险国家通行的做法。

#### 四、长护险与多元公共服务机制的协同

长护险是社会保障制度的一个子系统,也是公共服务体系的重要组成部分。正在试点但尚未建立正式“第六险”制度的长护险需要未雨绸缪,提前规划好与多元公共服务机制的协同,这是由长护险服务比医疗保险服务更为复杂的本质所决定的。否则,可能会陷入“优保险,劣服务”的被动局面。根据公共服务流程,本文从以下3个环节探讨长护险与相关公共服务机制如何协同。

##### (一)长护险建制前服务机制协同

##### 1. 人才培育发展机制的协同

首先也是最重要的,即长期护理服务管理人才与从业人员的专业化教育。目前,我国长期护理服务<sup>③</sup>人才队伍总量不足、专业化水平不高,难以提供适合失能人员需求的康养护服务。一是,长期护理人才的专业教育需要高等教育培养机制的协同支持。日本和韩国的照护人才培育机制就值得我国学习。为此,我国在普通高校、职业院校、开放大学、成人高校中应增设老年学、养老服务管理、健康服务管理等相关专业本科教育,鼓励并引导有条件的高校开设老年服务与管理、老年护理学、老年心理学、老年社会工作、老年营养学等课程,强调实践教学课程的学时与学分要求,培养出一批懂管理、能照护的应用型高级护理服务人才。二是,地方政府可与相关院校签订“订单式”人才培养机制协议,以缓解护理人才供需严重缺口问题。三是,卫健部门应建立医务人员到长护险定点医养结合机构执业服务机制;地方政府搭建面向家庭照护者的职业技能培训机制。

其次是加快推动长期护理服务人才发展机制的职业化进程。各地护理服务人员“进来少,流动快”是一个共同的现象,其根本原因在于待遇保障水平低。只有当养老护理员正式成为一个职业,在有体面工资和职业晋升空间的条件下,养老护理员才不被歧视,其流动性则大幅下降,养老服务事业才能蓬勃发展起来。一是要建立职业技能等级认定机制和补贴机制。人社部门联合医保部门积极稳妥推进“0学历证书+若干职业技能等级证书”的0+X证书制度,逐步实行定点服务机构聘用有等级证书的养老护理员政策,对其职业技能鉴定费给予补贴。二是要建立基于不同岗位、能力水平、业绩贡献的工资分配机制,提高养老护理员的薪酬待遇,保障其参加社会保险缴费。三是要促成社会认同机制。各地医保会同民政、卫健部门要常态化开展养老护理员职业技能大赛,予以物质奖励和精神褒扬,加大社会宣传力度,树立一个新行业新风尚。

##### 2. 服务机构遴选机制的协同

长护险正规服务一般由民政部门养老机构和卫健部门医疗机构来承担,二者在成为医保部门的长护险定点服务机构之前,一定要有一个公开的遴选程序。长护险服务包括基本生活照料和基础医疗护理两大类,因此申请定点的养老机构、医疗机构能否胜任提供高质量的照料、护理服务,以及医护人员资质达标率、护理型床位数量<sup>④</sup>和其他设施设备硬件情况都需要有一个标准来衡量。这个遴选机制只有医保部门协同其他诸多公共服务部门才能完成,如基本生活照料服务项目需要民政部门规范、基础医疗护理服务项目由卫健部门认定、养老护理员技能等级由人社部门通过考试方式来颁发证书、养老院建设标准是民政和住建部门共同制定、养老院和医院的安全设施则是消防部门的审核验收业务等。

③ 官方及一些学者仍习惯沿用传统的“养老服务”名词。顾名思义,养老服务是指面向老年人群的生活照料、心理慰藉和文娱活动等。而长护险服务不仅面向包括老年人的全体失能失智人群,而且提供的服务除了养老服务之外还包括慢性病康复、保健服务、安宁疗护等基础护理服务。

④ 《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》要求,到2025年,全国养老机构护理型床位占比提高到55%。国家支持1000个左右公办养老机构增加护理型床位。

定点医养机构是长护险服务的骨干,不仅可以提供机构内分助养型、护理型的按失能等级服务,而且可以培育以基本生活照料为主、跨社区行政范围、兼顾上门服务的“社区紧密支援型”服务机制。同时还可利用现有的荣军休养院、残疾人康复机构作为定点医养机构的补充机制开展医养服务,推动初级卫生保健机制载体的社区卫生服务中心与乡镇卫生院与敬老院、村卫生室及农村幸福院“结对帮扶”等。总之,多部门、多途径的服务机构遴选机制协同,有助于建成一个完善的分类分级长期护理机构服务供给系统。

护理服务人才的培养发展与定点医养机构的遴选是长护险服务基础,必须在建制前就应建立起一套协同机制,否则后续的高质量服务供给无从谈起。

## (二) 长护险运行中服务机制协同

### 1. 服务购买机制的协同

从长护险制度开始运行到失能人员进入申请服务程序,首先要进行失能等级评估。目前 49 个国家试点城市中,青岛、南通、重庆、成都等 37 个城市采取政府购买服务方式,委托商业保险公司提供失能评定、费用审核、结算支付、稽核调查、信息系统建设与维护等服务。其次要与基层卫生保健机制协同。针对院后术后和社区慢性病的患者,夯实家庭医生签约服务,长护险根据家庭医生业绩支付相应的待遇,完善乡镇卫生院、村卫生室等基层卫生机构的药品配备机制,为长护险的康复服务、护理服务以及安宁疗护等医疗服务奠定基础。据调研,社区家庭医生“签而不约”的现象较为普遍,由于基层卫生机构的药品缺乏、与医保支付目录不配套以及病历共享不完善,大多居民仍选择去医院复诊,以接受医院的康复护理服务<sup>[28]</sup>。再次要与市场服务机制协同。在城市社区,物业服务有贴近住户的优势,社区养老服务机构可与物业企业签订购买居家养老服务协作协议,由物业企业将保洁服务延伸到居家失能老年人。此外,还可以与煤气公司、自来水公司、邮政公司与快递公司签约,煤气和水表抄表员、报纸杂志投递员、物流快递员在工作时如发现独居或空巢的重

症患者、重度失能居家人员家庭的煤气表和水表度数未使用、货品投递无人应答等情况时,应及时向所在社区反映,提供紧急救援服务。最后要组织支持志愿服务机制。长护险在地方政府的支持下,组织志愿服务,以提供工作经费的方式,招募志愿机构或志愿者为城乡经济困难的失能老年人等提供必要的家庭访问和照料服务。

### 2. 激励机制的协同

长护险服务主体多元且复杂,包括系统内部与外部的诸多服务供应方,因此激励机制必然涉及内部激励机制协同和外部协同激励机制。

长护险服务体系内部激励机制协同。一是加大中央预算内财政投入政策,完善多渠道筹资机制。民政部和地方各级政府要加大福彩公益金支持力度,将其中 55% 以上的资金用于养老服务事业发展。推动普惠养老专项行动,地方政府制定激励性“政策包”,企业提供普惠型“服务包”,为建设一批高质量的养老服务机构“输血造血”。二是激励社会力量开办一批社区护理站。德国长护险服务就得益于全国 600 多个“护理站”(care station)。我国一些试点城市如上海近几年涌现出的连锁护理站为社区失能人员提供了便捷的居家上门护理服务,由长护险购买社区护理站服务。三是激励公立养老机构转型规模化经营。将部分条件成熟的公办养老机构转型改制为国有养老服务企业,或建立城市养老服务联合体,促进养老服务事业与产业协同发展。四是人力资源激励机制。在医养结合机构工作的医务人员,可享受基层医务人员薪酬待遇、职称评聘等方面的激励政策。地方可探索养老服务从业人员激励政策,发改部门会同人社、医保、民政、卫健等部门以人才目录、积分落户、市民待遇等方式吸纳一批紧缺、高技能的养老护理领域管理人才和一线护理人才。

长护险服务体系外部协同激励机制。主要措施表现在以下几个方面。一是,民政推动落实与税务部门税费优惠政策协同机制。鉴于收住失能失智老人的养老服务机构具有公共产品性,这类机构的用水、用电、用气、用热等应享受居民付费



价格的激励政策。二是,建立国有经济对养老服务供给体系的补短板机制。中央国有经济主要在于有效供给,地方国有经济主要在于基础设施布局。同时,地方国有资本有责任积极培育以提供基本养老服务为主的国有企业。三是,构建综合激励协调机制。站在国家老龄事业发展的高度,国务院综合运用规划、财政、住房、土地、人才、投资、融资等激励支持政策,协同政府、民营和非营利等多元主体提供保障城乡失能人员的普惠性养老服务。

### 3. 信息化和技术创新机制的协同

“互联网+”和人工智能是利用我国目前先进的移动通信、云计算、大数据和物联网等新一代信息技术对医养结合服务的颠覆性推动力量,藉以运用信息化以及技术创新机制下的智能化技术能够极大提高长护险服务的质量和可及性。这一点其他发达国家都无法相提并论。

在长护险制度建设中,信息化系统协同表现在以下2个方面。一是政府相关职能部门之间的信息沟通共享。目前试点城市有青岛、荆门、广州、重庆等17个城市依托现有的社会医疗保险信息平台办理长护险业务;上海、南通、北京石景山区、成都等41个城市建立了独立的长护险信息系统,实现与医保、人社、卫生、民政、残联及人口基础数据库的信息共享,主要对线上申请、参保身份认定、缴费业务处理、服务机构管理、保险待遇支付等方面数据进行甄别、审核和统计分析。二是护理服务供给信息化。目前可与残联系统协同,链接残疾人两项补贴信息系统<sup>⑤</sup>,便于长护险掌握残疾人口的基础数据。未来需要民政、卫健部门协同制定支持政策,委托市场第三方机构(如信息服务公司、商业保险公司)搭建城市长期护理服务需求信息平台 and 行业服务供给信息平台,使数据赋能业务发展,推动互联网平台企业提供“菜单式”就近便捷的护理服务,逐步要求养老服务机构开展线上线下服务。

在长护险服务信息化的同时,智慧化提上议事日程。随着“智慧养老”推进,依托互联网、物联网等信息技术和创新机制,建立“护联网”模式促进长护险服务良性运行和健康发展。49个试点城市长护险服务体系的信息化、智能化系统建设整体比较滞后。因此,国务院要着力指导推动民政和卫健部门协同工业和信息化部门编制智慧健康养老产品及服务推广目录,完善服务规范和评价指标体系,政府招标采购相关企业负责研发产品。重点开发认知障碍评估、老年能力评估、失禁康复训练和日常生活自理能力训练等康复辅助器具,更新升级健康监测产品、康复辅助器具、养老监护装置等产品的适老化智能水平,扩大智慧健康养老示范点建设,在医养结合服务中融入信息化、智能化技术,从而提高长护险服务的可及性和移情性,以长护险建设的制度化促进养老服务的高质量以及养老服务产业的规模化。

### (三) 长护险服务后质量监督机制协同

失能失智人员接受长护险服务后,获得的护理服务质量高低是长护险制度存废的“生命线”。德日韩等国长护险制度无一不重视护理服务的质量,为此先后制定了一系列监管与改革政策<sup>[29]</sup>。我国在长护险制度建设伊始就应协同多方资源,以管理寓于服务为理念,以程序公正、公平、公开为手段,构建规范与刚性的公共管理服务法律制度<sup>[30]</sup>,否则会造成公共资源浪费和公众对长护险制度的公信力降低。

首先,市场监管部门对未取得营业执照的民营机构,民政部门对未经登记的民办非营利机构,未经民政、残联部门核准登记的公立养老、康复机构,要依法加大打击这些无证无照机构擅自开展养老服务活动的查处力度。其次,以购买服务方式委托市场第三方机构(如商业保险公司)通过回访、检查的方式监督机构和居家(上门)护理服务的质量,主动防范消除服务过程中可能存在的人身

⑤ 2018年12月6日民政部办公厅和中国残联办公厅发布《关于做好全国残疾人两项补贴信息系统全国上线运行有关工作的通知》指出,自2018年12月12日起,残疾人两项补贴信息系统在全国上线运行,以破除技术壁垒和信息孤岛,实现全国残疾人两项补贴数据的实时比对、汇总和查询。目前,这个信息系统运行良好。

安全、欺老虐老、服务低质等各种风险隐患。再次, 医保、民政、卫健等部门联合利用大数据分析、智能化监管等多种手段, 采取动态退出定点机构方式, 推动建立护理服务行业自律机制。最后, 协同运用全国信用信息共享平台、国家企业信用信息公示平台以及中国社会组织政务服务平台, 创建覆盖护理服务机构、从业人员的“‘护联网’服务+信用”机制。

参考文献:

[1] LUO Y N, SU B B, ZHENG X Y. Trends and challenges for population and health during population aging: China, 2015—2050[J]. China CDC weekly, 2021(28): 593-598.

[2] 王列军. 我国民生支出的规模、特征及变化趋势[J]. 管理世界, 2023(3): 62-69.

[3] 封进, 余央央, 楼平易. 医疗需求与中国医疗费用增长: 基于城乡老年医疗支出差异的视角[J]. 中国社会科学, 2015(3): 85-103, 207.

[4] 曹信邦. 中国社会保障政策和人口政策协同的理论逻辑与实现路径[J]. 社会保障评论, 2023(3): 3-20.

[5] 杜鹏. 中国人口老龄化现状与社会保障体系发展[J]. 社会保障评论, 2023(2): 31-47.

[6] 国家医保局举行 2023 年下半年例行新闻发布会[EB/OL]. (2023-09-22)[2023-12-10]. [http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/9/22/art\\_14\\_11321.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/9/22/art_14_11321.html).

[7] 汉语大字典编纂处. 60 000 词现代汉语大词典[M]. 3 版. 成都: 四川辞书出版社, 2021: 941, 960, 1126.

[8] 郑功成. 社会保障学: 理念、制度、实践与思辨[M]. 北京: 商务印书馆, 2000: 11-12, 158-160.

[9] 中国共产党新闻网: 习近平强调推动老龄事业全面协调可持续发展[EB/OL]. (2016-05-29)[2023-07-26]. <http://cpc.people.com.cn/n1/2016/0529/c64094-28387539.html>.

[10] 戴卫东. 中国养老服务事业的转型、定位与发展[J]. 安徽师范大学学报(人文社科版), 2020(3): 22-31.

[11] Neil G, Paul T. 社会福利政策导论[M]. 黄晨熹, 等译. 上海: 华东理工大学出版社, 2003: 83-86.

[12] UN Commission on Global Governance. Our global neighborhood: the report of the Commission on Global Governance[EB/OL]. (1995-10-22)[2023-07-31]. <http://www.gdrc.org/u-gov/global-neighbourhood/index.htm>.

[13] WHO. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care[EB/OL]. (2019-01-01)[2023-09-11]. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1>.

[14] KONRAD T R, HOWARD D L, EDWARDS L J, et al. Physician-patient racial concordance, continuity of care, and patterns of care for hypertension[J]. American journal of

public health, 2005(95): 2186-2190.

[15] 梁静莉, 吁英, 刘俊荣. 长期护理保险与社会医疗保险服务项目衔接的比较研究与反思[J]. 全科护理, 2021(34): 4794-4799.

[16] 蒋曼, 罗力, 戴瑞明, 等. 我国长期护理保险部门定位与功能整合的思考[J]. 中国卫生资源, 2019(1): 24-27.

[17] 桑特勒, 纽恩. 卫生经济学: 理论、案例和产业研究[M]. 3 版. 程晓明, 译. 北京: 北京大学医学出版社, 2006: 517.

[18] 陈作兵, 杨芳. 中国医养结合专家共识[M]. 杭州: 浙江大学出版社, 2019: 6.

[19] 冉密, 孟伟, 熊先军. 长期照护保险制度与其他社会保险制度的衔接研究初探[J]. 中国医疗保险, 2017(10): 15-19.

[20] 民政部: 已基本实现老年人高龄津贴、服务补贴和护理补贴制度全国覆盖[EB/OL]. (2019-01-03)[2023-11-17]. <https://www.mca.gov.cn/zl/history/19video/20190100014264.html>.

[21] WALKER A C, 朱火云. 从概念到政策: 积极老龄化再认识[J]. 社会保障评论, 2023(3): 49-61.

[22] BERCHTOLD P, PEYTREMANN B I. Ten years of integrated care in Switzerland[J]. International journal of integrated care, 2011, 11(5): 1-9.

[23] MITCHELL O S, PIGGOTT J, SHIMIZUTANI S. An empirical analysis of patterns in the Japanese long-term care insurance system[J]. The Geneva papers on risk and insurance, 2008, 33(4): 694-709.

[24] ROTHGANG H. Social insurance for long-term care: an evaluation of the German model[J]. Social policy & administration, 2010, 44(4): 436-460.

[25] 封进, 谢宇菲, 王子太. 信息不对称视角下长期护理保险保障模式评价及制度优化[J]. 管理世界, 2023(8): 58-73.

[26] 葛蔼灵, 冯占联. 中国养老服务的政策选择: 建设高效可持续的中国养老服务体系[M]. 北京: 中国财政经济出版社, 2019: 27.

[27] 戴卫东. 中国养老服务资源整合研究[M]. 北京: 科学出版社, 2023: 273.

[28] 许日祥, 解雪峰, 李姝婷, 等. 基层医疗卫生机构药品供应现状及短缺因素分析: 以安徽省为例[J]. 中国卫生政策研究, 2018(3): 78-82.

[29] 戴卫东. 长期护理保险通论[M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2022: 147-159.

[30] 孙淑云. 《医疗保障法》之立法定位及体系建构的逻辑理路[J]. 中国软科学, 2023(5): 23-32.

( 本文责编: 润 泽 )