

中国长期护理保险试点政策“碎片化”与整合路径

戴卫东¹, 余洋²

(1. 浙江财经大学 公共管理学院, 浙江 杭州 310018; 2. 华中师范大学 城市与环境科学学院, 湖北 武汉 430079)

摘要:为解决在我国人口老龄化背景下传统养老服务的诸多难题,从2016年开始在全国15个城市试点推行长期护理保险制度。通过对试点城市政策的效果评估,研究发现长期护理保险在覆盖面、筹资来源、护理服务、基金管理以及业务经办等方面呈现出一系列“碎片化”特征。这就意味着政策要进行顶层设计,在服务理念、受益对象、筹资机制、服务传递等方面开展重点整合,进而,从完善失能评估标准、城乡居民全覆盖、多渠道筹资、待遇支付水平、居家照护服务、重点关注康复服务以及孕育PPP市场服务等方面实行方向性和功能性整合,为下一步扩大覆盖面奠定基础。

关键词:人口老龄化;养老服务;政策碎片化;长期护理保险;整合路径

中图分类号: D669.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1008-2972 (2021) 02-0055-11

DOI:10.13676/j.cnki.cn36-1224/f.2021.02.006

一、引言

根据2010年第六次全国人口普查统计结果,我国60岁及以上人口占总人口比重为13.26%,其中65岁及以上人口占比8.87%,表明我国老龄化进程逐步加快。此后,国家开始高度重视人口老龄化带来的社会养老服务问题。2010年10月,“优先发展社会养老服务,培育壮大老龄服务事业和产业”首次被纳入国家战略规划。2011年12月,新中国第一部关于社会养老服务体系五年建设的专项规划发布。特别是2013年以来,国家有关部门先后密集颁发了一系列关于促进养老服务政策的各项措施,因此,养老服务事业得到较快的发展。所谓养老服务,根据国务院国办发〔2006〕6号文件,其含义是为老年人提供的生活照顾和护理服务。

然而,总体上我国养老服务事业发展仍存在不少困境:第一,全国城乡失能老年人口逐年增多。据全国老龄委统计,2010年大约3300万人,2015年上升到4063万,估计到2050年达6600万,占全人口需要照护总人数(1.105亿)的60%,可见,失能已经成为中国社会发展的一个新风险。失能者所需要的长期护理已经是战后工业社会的一个普遍风险(Morgan, 2018)。^[1]何谓长期护理,世界卫

收稿日期:2020-06-01 修返日期:2020-09-27

基金项目:国家社会科学基金重点项目“多结构转型社会的老年长期照护保障资源整合研究”(18AGL018)

作者简介:戴卫东(通讯作者),浙江财经大学教授,博士生导师,管理学博士,主要从事长期护理保险研究,联系方式dwd68@163.com;余洋,华中师范大学博士研究生,主要从事福利地理学研究。

生组织(WHO)认为,它包括非正规(家庭、朋友或邻居)与正规(卫生和社会服务)两类支持性服务体系,后者包括广泛的社区服务、私人疗养院以及临终关怀机构,也指那些暂停或逆转疾病以及残疾状况的治疗。由此可见我国的养老服务与国际上长期护理之间的差异性。第二,老年慢性病患者群体规模庞大。2013年,我国近1亿老年人至少患有一种慢性疾病;其中3700多万存在日常生活活动能力减退现象(吴玉韶和党俊武,2013)。^[2]到2030年,与现在相比,中国患有一种及以上慢性病的人数将增加3倍以上,占比40%,大约80%的60岁及以上老年人将死于慢性疾病(世界卫生组织,2016)。^[3]慢性病患者是失能人群的潜在对象。第三,传统民政养老服务的边界狭小。由于受传统养老院的经营模式、筹资能力以及职业化程度等诸多因素的影响,现阶段各类型养老机构提供的养老服务是以负责照顾老年人日常生活为主,而老年人还需要的慢性病康复、健康维持、精神抚慰以及临终关怀等长期护理服务显得严重不足(华中生等,2016)。^[4]最后,依赖财政拨款和福利彩票扶持的二元筹资体制的资金缺口很大。据有关研究预测,从2013年至2020年的8年间,我国养老服务资金缺口分别是913亿元、926亿元、861亿元、847亿元、767亿元、645亿元、480亿元、274亿元(胡祖铨,2015)。^[5]

基于上述困境,中国政府学习德国、日本和韩国出台长期护理保险制度(Long-Term Care Insurance, LTCD)的经验(Campbell等,2009),^[6]对传统的民政养老服务制度进行改革。2016年6月,人社部发布《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》,在全国15个地级城市开始试点推行长期护理保险制度。这是采用社会保险的筹资方式来解决我国传统民政养老服务资金短缺的一种制度创新。之所以没有采取商业保险模式,是因为它只能解决少数人的长期护理服务资金分担问题,因此国际上长期护理困境必须有社会治理的公共政策方案(Mosca等,2017)。^[7]随着时间的推移,国家统计局《2019年国民经济和社会发展统计公报》显示,2019年末全国60岁及以上人口占总人口的比重为18.1%,65周岁及以上人口的比重为12.6%。因此,2019年政府工作报告指出,“扩大长期护理保险试点”。2020年9月,国家医保局和财政部联合颁布《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》,决定在全国新增14个城市试点长期护理保险,我国长期护理保险试点“扩面”驶上了快车道。那些医疗服务普遍覆盖的中等收入国家,需要在临时的照料服务政策确立之前就建立起正式的长期护理制度(Rhee等,2015)。^[8]有研究表明,从公平和财政视角来看,社会化长期护理保险制度实施越早,社会效果就越好(Ikegami,2019)。^[9]

目前,我国长期护理保险试点有国家级试点城市和省级试点城市。由于省级城市启动试点的时间较短,所以,本文挑选国家级试点城市作为研究对象。15个国家试点城市分别是河北承德市、吉林长春市、黑龙江齐齐哈尔市、山东青岛市、上海市、江苏南通市和苏州市、浙江宁波市、广东广州市、安徽安庆市、江西上饶市、湖北荆门市、重庆市、四川成都市、新疆石河子市。

二、长期护理政策整合理论分析框架

政策碎片化是政策系统的零散状态,具体表现为政策价值、目标、资源与地方执行的内部碎片化以及先前与后续政策之间的碎片化,严重影响政策整体功能优化和政策关系的协调(Weiss和Gruber,1984)。^[10]政策碎片化在很大程度上根源于政府碎片化(Roubini和Sachs,1989)。^[11]政府碎片化取决于参与决策的部门多少,因为每一个决策部门内部具有相对凝聚力,都代表着特定的利益团体(Kon-topoulos和Perotti,1999)。^[12]而且,政府碎片化的程度对政策碎片化的影响至关重要(Volkerink和Haan,2001)。^[13]世界卫生组织倡导的“整合护理”(Integrated Care for Old People, ICOPE)理念,就源于长期护理资源的碎片化以及长期护理政策缺乏连续性,而对长期护理政策进行相关资源的整合,

从而提高长期护理资源的利用效率。发达国家长期护理政策的碎片化主要表现在以下几个方面：

第一，覆盖人群和受益人群。各国长期护理保险制度法案颁布的前提是满足由人口老龄化引起的照护需求变化（Hofmarcher 等，2007；Anderson，2011），由于不同人群有不同的照护需求，再加上各地经济发展水平限制，因此各国政策初期的覆盖面大小不一（Leutz，1999）。^[14-16]例如，韩国的老年人覆盖率只有 5.8%，而 OECD 国家平均是 11%，德国是 14.5%，日本是 18.5%（Sunwoo 等，2012）。^[17]聚焦被照护者是长期护理保险政策的重要特征之一，有利于社会弱势群体获得更好更灵活的社区服务（Challis，1992）。^[18]但是由于官僚主义和资源的稀缺性，很多国家长期护理政策的法定受益人总是有一部分被遗漏在政策之外，如韩国（Chon，2013）。^[19]

第二，筹资来源和待遇标准。长期护理政策的筹资在各国基本上都是多元化的渠道，公共财政扮演着积极的作用（Lloyd 和 Wait，2006）。^[20]但是，相反的例子总是不缺乏，公共财政责任不到位、降低投入，如美国阿尔茨海默病的预防和治疗（Lyles，2008）、英国的居家护理政策进展缓慢（Glendinning，2012）以及面临市场化下的社会护理政策分散化（Deeming，2013）。^[21-23]随着各国失能老年人越来越多，财政压力越来越大，待遇水平逐渐处于下降趋势，甚至也出现了地区差异特别大的现象，如日本市町村的长期护理保险待遇给付最高的与最低的之间悬殊很大（Ikegami，2019）。^[9]长期护理政策项目之间的政府投资也不均衡，如英国各个地方政府用于居家护理（home care services）的财政占社会护理（social care）总支出的 21%~58%不等（UK Department of Health，2009）。^[24]

第三，医养服务和供给体系。尽管发达国家长期护理制度都达成一个共识，即提供以个人为中心的照料（Person-centered care services），但是在实践中很多政策忽视了卫生和社会照料的相互依赖性，与公共卫生相关的康复和护理服务却相当缺乏（Hardy 等，1999）。^[25]而且失能评估的重复、卫生与照料服务的碎片化又导致了额外的行政成本（Penny，2004）。^[26]在服务传递过程中，显然需要一个扩大化、专业化和多样化的供给体系（Lloyd 和 Wait，2006）。^[20]然而，不同的利益相关者对长期护理的看法并不相同，碎片化的供给体系导致服务浪费和无效率（Walker 和 Collins，2009）。^[27]此外，日本、韩国的护工人数不足以及其薪水较低等问题也导致了各地护理服务质量的良莠不齐（Yoshida 和 Kawahara，2014；Seo 等，2012）。^[28-29]

第四，公私合作和管理能力。各国老年人长期护理服务体系存在很多的突出问题：（1）老年服务供给来自不同的部门或机构；（2）不同的健康服务政策存在冲突；（3）急病诊疗与长期护理在职业地位、服务方式甚至语境文化等方面存在明显的差异（Kodner，2002）。^[30]实质上，长期护理是一种系统性的工作，需要包括公共部门和市场第三方私人部门等各方照护服务参与者的有序配合，通过运用照护专业技能来满足不同层次老年人的生活需求（Billings，2005）。^[31]这些要求给长期护理体系的管理带来了挑战，难度较大的地方体现在管理部门如何组织公私合作（PPP）的能力（Elmer 和 Kilpatrick，2006）。^[32]例如，英国在长期护理方面的“小政府，大社会”就比较成功，其社会服务主要由市场化供给，私营部门占绝对优势，1993 年市场化供给居家服务的比例占 5%，但是 2011 年上升到 81%（UK Home Care Association，2012）。^[33]但是在荷兰和德国都缺乏一个竞争性的长期护理服务市场体系，公共部门占绝对的主导地位（Schut 和 Berg，2010；Rothgang，2010）。^[34-35]

“整合护理”可以提高照护服务的质量和连续性，已经成为全欧洲卫生和社会照料政策改革的一个核心组成部分（Lloyd 和 Wait，2006）。^[20]学术界“整合护理”有两个比较典型的分类维度：一是方向性整合，二是功能性整合。其中，方向性整合包括“垂直整合”和“横向整合”，功能性整合包括“组织整合”“专业整合”和“医疗整合”；功能性整合是指将政策制定者（系统整合）、管理者（组

织整合)、专业人员(专业整合)和案主(临床整合)协调起来。从行政管理角度来看,管理者能否独立决策也在很大程度上影响着长期护理保险政策整合护理的效果(Mcshane 和 Cox, 2009)。^[36]

根据上述文献,本文拟建立一个从碎片化的长期护理政策到整合护理的政策理论框架,它反映了长期护理政策的碎片化形式,以及如何对长期护理进行整合的策略(图 1)。

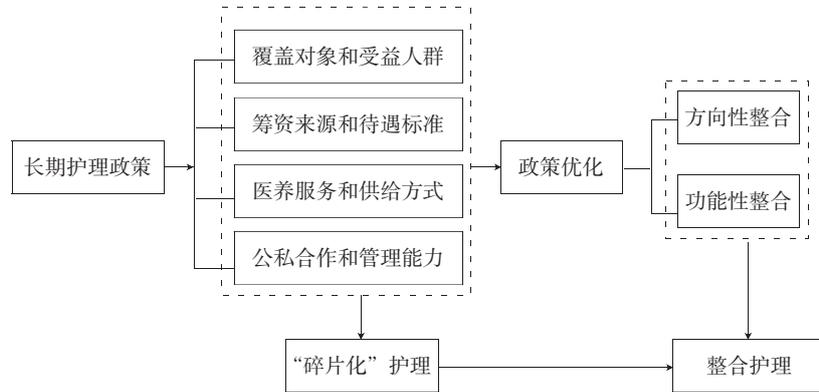


图 1 长期护理政策整合理论框架

三、中国长期护理保险试点政策“碎片化”分析

(一) 长期护理保险试点城市政策框架

1. 覆盖人群和受益对象

试点城市长期护理保险的覆盖人群与社会医疗保险参保人员一致,主要包括城镇职工和城镇居民的医保参保人员,根据试点地区自身实际对覆盖范围的具体划分,有以下三种类型:第一类,参加城镇职工基本医疗保险的人员。试点城市主要有安庆、承德、成都、重庆和广州等 8 个城市;第二类,城镇的职工和居民参加基本医疗保险人员,如长春。第三类,城乡基本医疗保险所有参保人员,如荆门、苏州、上海、青岛、南通、石河子。

受益对象的标准各有不同,除了上海市颁布专门的失能评估办法外,多数试点城市依据《Barthel 指数评定量表》得分高低确定。受益对象政策属于明确性(Barthel 指数评定量表 40 分以下的重度失能人员)的,有承德、荆门、广州、安庆、南通、上海,其他试点城市均为模糊性政策,定位为不少于六个月治疗的生活不能自理、需长期护理的重度失能人员,如成都、长春、青岛、石河子、苏州、宁波、上饶、重庆和齐齐哈尔。

2. 资金筹集与待遇水平

资金筹集方式可以分成两种:单一渠道和多元筹资。试点城市长期护理保险的筹资来源具体分为个人缴费、单位缴费、财政补助、医保基金划拨和慈善金五个方面,各个地区根据自身实际选择不同的资金筹集渠道。从试点地区的筹资标准来看,主要有比例筹资和定额筹资两种方式。(1)采取比例筹资方式筹集保险金,有长春、宁波、青岛、承德、荆门、成都和上海这 7 个城市。按比例筹资的方式以职工医保缴费基数或职工工资总额为标准,按一定比例从社会医疗保险的统筹基金和个人账户中划转,与职工收入挂钩,统一划入长期护理保险基金专户。(2)采取定额筹资方式的有广州、安庆、重庆、齐齐哈尔、苏州、南通、上饶和石河子这 8 个城市,缴费金额由每人每年 30 元~180 元不等,各地区起始筹资标准差距较大。

《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》中规定,基金支付水平总体上控制在 70%左右。通过对各地试点方案比较发现,我国长期护理保险形式分为居家护理、养老机构、医疗机构三种,绝

大部分地区的支付比例达到 50%以上,且长春、青岛和上海等地区的部分报销比例高达 80%,甚至 90%。待遇水平按入住服务机构类型、身份以及失能程度,划分为三种不同的方式。大多数试点城市都是按入住服务机构类型来进行待遇支付;长春和青岛同时按城乡居民身份实行不同待遇支付。

3. 医养服务与供给方式

长期护理保险的服务内容按地区划分主要有三种:第一种为重度失能人员提供基本生活照料服务,例如重庆、成都、承德、南通和齐齐哈尔;第二种为重度失能人员提供以医疗护理为主服务,例如长春、青岛、石河子;第三种为重度失能人员提供基本生活护理及与基本生活密切相关的医疗护理,如荆门、苏州、上海和广州。另外,安庆、上饶和宁波,没有在试点方案中明确具体的护理内容,而是由保险经办机构同协议服务机构通过服务协议制定。

15 个试点地区的护理服务采取不同的输送方式,具体来看,由单一到多元化可以分为四种方式:第一,长春仅提供机构护理,医疗、养老和护理等机构与医保经办机构签约服务协议并提供医疗照护服务。第二,提供机构护理和社区护理,例如重庆和广州,由有资格从事长期护理服务的医疗机构,为长期失能人员提供机构内或居家上门服务。第三,承德、苏州、南通、上海、齐齐哈尔、宁波、荆门提供医疗护理、养老护理和社区居家护理三种服务输送方式。第四,在提供机构护理和社区护理方式的基础上,为满足长期失能人员的多种护理需求,增加居家护理的方式,鼓励失能人员的家人、亲戚、邻居等提供照护服务,如青岛、成都、石河子、上饶和安庆。

4. 公私合作与管理能力

各试点城市长期护理保险的公私合作 (Public-Private-Partnership, PPP) 主要表现在经办服务上,有 10 个城市通过政府购买服务的方式,委托具有资质的商业保险公司等第三方机构参与,社会保险经办机构负责监督检查。其他 5 个城市由社会保险经办机构负责具体的经办服务。各个试点城市受制于养老服务供给体系薄弱,以及资金支持力度不足的桎梏,虽然先后出台了一系列促进养老服务市场化政策,但短期内仍然捉襟见肘。目前,青岛市民营机构为服务供给主体,其他试点市大多以公立机构提供护理服务为主。

(二) 长期护理保险试点政策“碎片化”特征

四年来,15 个试点城市当中有一些城市,如青岛市和成都市等,积极进行长期护理保险政策的不断创新,但总体上仍没有改变“碎片化”的状态,如表 1 所示。

表 1 试点城市长期护理保险政策“碎片化”特征表现

试点市	覆盖人群			受益对象			筹资渠道			待遇水平			医养服务			供给方式			支付范围			公私合作	
	大	中	小	小	中	大	一种	两种	三种及以上	高	中	低	一类	二类	三类	一种	两种	三种	小	中	大	单一	二元
齐齐哈尔			√						√			√	√					√			√		√
长春	√								√					√				√				√	√
承德			√							√		√	√					√			√		√
青岛	√					√			√					√				√			√		√
上海	√					√			√						√			√			√		√
南通	√					√				√	√	√						√				√	√
苏州	√					√				√				√				√				√	√
宁波			√						√			√	√					√			√		√

续表 1

试点市	覆盖人群			受益对象			筹资渠道			待遇水平			医养服务			供给方式			支付范围			公私合作	
	大	中	小	小	中	大	一种	两种	三种及以上	高	中	低	一类	二类	三类	一种	两种	三种	小	中	大	单一	二元
广州			√			√									√			√				√	√
安庆			√		√								√	√				√				√	√
上饶			√		√								√	√				√				√	√
荆门	√				√						√							√				√	√
重庆			√		√										√	√					√		√
成都			√		√								√	√				√			√		
石河子		√			√						√		√			√	√	√					√
合计	6 (40%)	1 (6.7%)	8 (53.3%)	13 (86.7%)	2 (13.3%)	0	3 (20%)	6 (40%)	6 (40%)	5 (33.3%)	3 (20%)	7 (46.7%)	8 (53.3%)	3 (20%)	4 (26.7%)	1 (6.7%)	9 (60%)	5 (33.3%)	6 (40%)	2 (13.3%)	7 (46.7%)	5 (33.3%)	10 (66.7%)

注：根据 15 个试点城市截至 2019 年 12 月发布的政策文件整理。“合计”栏目中的数字代表具有该特征的试点城市数，括号中百分比表示具有该特征的试点市占 15 个试点城市总数的比重。

表 1 中，覆盖人群：“小”是指城镇职工基本医疗保险的参保人，“中”是指面向城镇职工和城镇居民基本医疗保险的参保人，“大”是指城镇职工和城乡居民基本医疗保险的参保人。受益对象：“小”是指仅保障重度失能老年人，“中”是指中度和重度失能老年人，“大”是指试点市全体失能老年人。筹资来源：“一种”是指仅从社会医疗保险基金划拨，“两种”包括医保基金+财政补助，或医保基金+个人缴费的方式，“三种及以上”包括医保统筹基金+个人缴费+财政补助；或医保统筹基金+财政补助+福彩公益金；或医保统筹基金+个人缴费+单位缴费+财政补助。待遇水平：以人社部〔2016〕80 号文规定的 70% 为基金支付“中等”水平，那么超过或低于该标准的分别为“高”“低”支付水平。医养服务：“一类”是指日常生活方面的照料服务，“二类”是指基础的护理和康复服务，“三类”包括一类和二类。供给方式：“一种”是指仅提供机构护理服务，“两种”是指机构服务+社区服务，“三种”包括居家服务、社区服务和机构服务。支付范围：“小”是指只包括长期护理服务费，“中”是指包括设备使用、相关耗材以及护理服务等，“大”是指包括治疗、药品、设备使用、耗材、床位、护理服务等全过程费用。公私合作：“单一”是指由医保一家负责业务经办，“二元”是指医保机构将经办业务外包给有资质的商业保险公司承办，医保机构负责监管。

从表 1 可以看出，在 15 个试点城市当中，覆盖面包括城镇职工和城镇居民的试点市占 60%，覆盖到农村居民的较少。受益面大多试点市针对重度失能老年人占 86.7%，中度和轻度的失能、失智老人大多不纳入。资金筹集在医疗保险基金、个人缴费、财政以及福利彩票之间有多种组合方式，雇主不缴费，财政支持力度不大。66.7% 试点城市的护理待遇水平在中等偏下。有 50% 的试点市仅提供日常生活照料服务。提供社区照护和机构照护的占比近 70%，居家照护不足。53.3% 试点市的护理服务费支付范围狭小。公立医保机构经办支付业务的占 33.3%，与商业保险公司合作的比重为 66.7%。

长期护理保险试点之所以呈现出这种政策“碎片化”现象，具有特殊的政策背景：第一，新的社会风险产生。由于人口老龄化和人均预期寿命延长，失能残疾已经成为我国一个新的社会风险。第二，中央政府行政权力下移的一种表现形式。由于中国老年人口众多和各地经济社会发展水平参差不齐，中央政府不再“包办”地方一切事务，允许地方政府先行先试（Montinola 等，1995）。^[7]第三，中国社会政策实施的路径依赖。自 20 世纪 90 年代以来，中国的低保、廉租房、养老保险与医疗保险等社会保障制度改革，都是由地方自行试点，然后在时机成熟之际由中央政府总结各地试点经验，再出

台统一的政策进行推广 (Heilmann, 2008; Liu 和 Li, 2016)。^[38-39]

四、中国长期护理保险试点政策发展的整合路径

显然,基于公平和效率原则,结合前文的整合理论框架,比较可行且必要的建议是“十四五”期间对各个试点城市的长期护理保险政策进行方向性和功能性整合,在推进保障全体老年人权益的基础上,实现长期护理资源的高效利用。因为一旦制度定型再来整合统一,势必会产生更大的制度“转轨成本”。

第一,整合试点城市的失能评估标准方法,完善失能评估标准设计。失能评估指标是长期护理服务体系中的重要环节之一,它关系到受益人数、保险费高低、缴费方负担大小、财政投入比例、服务供给能力以及服务质量评价等诸多方面。其功能相当于医疗保险全科医生的“守门人”作用。德国长期护理保险制度是保持财政平衡最成功的国家之一,就在于有一个可靠的和严格的失能评估标准和流程 (Nadash 等, 2012)。^[40]目前试点各地失能评估标准不一,我国失能评估标准可以学习德国,国家职能部门也可以像英国那样整合 30 多个学科资源去研究应对人口老龄化的策略 (Walker, 2018),^[41]建立全国统一的失能评估标准,显然,这属于垂直整合和专业性的功能整合。

第二,逐步整合城乡居民实现全覆盖,提升目标人群的照护服务保障。覆盖面和受益面在“十四五”扩面期间需要上级政府总结试点经验后再决策,既属于行政管理的垂直整合,也属于政策性的功能整合。目前试点城市中覆盖城乡居民的比例只占 40%。日本政府为了降低长期护理保险财政赤字,有意愿把工作年龄人群缴费的年龄从最低年龄 40 岁调整到 20 岁 (Mitchell 等, 2008)。^[42]在受益对象上,目前我国各试点城市长期护理保险还只能以重度失能老年人为主,待制度成熟以后再逐步扩大到中度失能人群,当前该比例仅为 13%。此外,失智者应该与失能者一样都是长期护理保险受益对象 (Rothgang, 2010)。^[43]依据长期护理保险建制目标,保险待遇以提供服务为主是上策。只有在山区、偏远地区以及护理服务不可及的条件下,为了公平起见,可以现金形式发放。国际上,在 2015 年荷兰长期护理保险虽然规定可以用现金支付所有护理受益人,但是限定现金用于购买市场第三方提供的照护服务。

第三,多渠道筹资整合,待遇支付体现保障适度。这就要求做到雇主缴费和财政投入不可缺少,实现地方政府的横向整合。由于企业社保费较重,为了企业可持续发展,企业普遍不缴费应该是一种暂时行为。但是,下一步摆脱社会医疗保险基金的筹资途径,建立起个人、单位、财政、社会捐赠等多元筹资渠道是必然的选择。目前各试点城市财政补助的力度不大。因此,当前非常有必要将各省份民政部门出台的养老服务津贴、护理津贴、高龄津贴,以及残联部门的重度残疾人护理津贴等来源于公共财政支出且用途相同的资金加以整合,这在医保发〔2020〕37号文中有所体现。其实,从国际经验看,各国政府财政投入都是长期护理保险重要的资金来源之一 (Rhee 等, 2015)。^[44]长期护理制度可持续发展的一个重要方面是公共财政与私人筹资二者的平衡 (Mosca 等, 2017)。^[45]其中,私人筹资主要是指个人和单位的缴费。但针对困难老年人家庭,需要由政府财政出资实行家计调查式的津贴制度 (Comas-Herrera 等, 2010),以此达成长期护理保险与津贴的政策相互衔接的社会治理目标。^[46]在待遇支付方面,各地统一标准,做到“保障适度”,不是所有的护理服务费都由长期护理保险支付,学习德国和日本的经验,即护理利用者要承担 10%~30%的自付费用标准,防止逆选择和道德风险的不可控制。这样,政策性的功能整合就发挥了作用。

第四,大力整合居家照护服务,注重康复护理与生活照料服务相结合。这应该体现出地方政府对居家、社区和机构养老服务政策的横向整合和三者服务供给组织间的功能整合。表 1 显示,实行居家

服务的试点城市只占 1/3 左右。这种现象与老年人热衷居家生活的习惯和利用家庭资源、减轻社会护理的压力背道而驰（中国保险协会，2016）。^[44]许多国家长期护理政策的良好效果都依赖非正规的家庭护理资源（Colombo 等，2011）。^[45]长期护理保险适当的现金给付，可以鼓励家庭成员积极承担照顾失能亲属的责任，补偿家庭成员由于照顾失能亲属而产生的收入损失，还可以缓解专业护理人员短缺的问题（Bolin 等，2008；King 和 Pickard，2013）。^[46-47]“医养结合”应当以“养”为主，以“护”为重，以“医”为辅，其间体现的是“专业整合”和“医疗整合”，主要表现在：社区老年服务，社区医疗资源向家庭延伸，建立重度慢性病患者的家庭病床；只有重度失能老年人才可入住照料型或护理型的养老机构；医养机构二者之间的双向转诊服务。日本长期护理保险政策当初设计是希望促进居家服务，但执行中没控制住机构服务的大幅增加（Houde 等，2007），^[48]所以，导致日本未来的改革可能要在提高消费税、增加保险缴费、上调享受服务的自付费用比例以及降低保险待遇水平等方面做文章（Yong 和 Saito，2012）。^[49]前车之鉴，当引以为戒。

最后，整合 PPP 市场服务体系，提高管理水平。在西方国家长期护理制度体系中，服务供给大多以民间营利和非营利机构为主（葛蔼灵和冯占联，2019）。^[50]从表 1 可见，试点城市 PPP 市场服务体系中主要是与商业保险公司的合作，而且合作范围十分有限，这就需要加强国家职能部门（如民政、卫健与医保）的政策系统整合，更重要的是在政策执行层面需要地方政府职能部门（如土地、税收、消防、住建等）的横向整合。在服务传递过程中，实现民营、民非和公立机构之间的优胜劣汰、合作共赢的局面，需要管理者提升管理能力，以服务需求为导向在专业、组织、医疗和临床等方面实行功能性整合。

五、结语

从财政支持的传统养老服务到多方筹资的长期护理保险是中国养老服务事业建设的一个重大创新。之所以选择社会保险模式，在于我国已有五大社会保险的制度构建惯性，如同德国和日本颁布长期护理保险法案的原理（Nicholas，2010）。^[51]政策试点更是中国社会治理途径的一个重要特征。

中国长期护理保险试点四年已经结束，目前最大的问题是试点城市政策在覆盖人群与受益对象、筹资渠道与待遇标准、医养服务与供给体系、公私合作与管理能力等方面存在严重的“碎片化”现象。长期护理制度最重要的问题并不必然是成本问题，而是资源的配置问题（Ikegami，2019）。^[52]本文认为，下一步各试点城市政策扩面要实行“整合护理”，促进资源优化配置的功能性整合，以实现“帕累托最优”的社会治理目标。

上述多个方面的政策整合，体现了长期护理政策整合理论的基本内涵。在这些政策整合中，有一些重要方面的整合必须强调。第一，最基本的前提是服务理念整合。这体现了政策制定的垂直整合，也更体现出服务提供的横向整合。即从“生命历程”视角向注重“采取一致的预防行动”转变（Walker，2018）；从强迫式安排“照看”向“支持自理自立”转变（Hill，2007）；从注重传统的“生活照料”向“照料与康复护理、精神抚慰并重”的需求导向转变（Kodner，2002）。^[41,52,30]第二，最令人关注的是筹资机制整合。特别是民政、残联与医保部门之间相关津贴政策的横向整合，逐步摆脱划拨医保基金的筹资思路。第三，最核心的是服务传递整合。长期护理服务体系应加强与医疗服务和其他类型服务的横向整合，建立一个竞争性 PPP 的服务市场体系（Rothgang，2010），尤其是要推动民营机构的服务供给，国家负责监管和政策规制，以色列的经验值得借鉴（Ajzenstadt 和 Rosenhek，2000）。^[55,53]最后，最有难度的是受益对象整合。按常理，长期护理保险制度的承受能力是决定“谁受益”的最基本原则，但长期护理保险制度化化解老年人失能风险的本质又受到该制度基金支付能力的制

约。如何抉择“谁受益”应该是一个动态的“扩面”过程。但有一点可以确定，将正式护理和非正式护理以被照护者为中心统和起来，迎合最需要长期护理服务的慢性病老年人以及重度失能、失智老年人等弱势人群的基本生活需求（Burchardt 等，2018），应当是长期护理保险制度建设在每个阶段最基本的价值取向。^[54]

参考文献：

- [1]Morgan F.. The Treatment of Informal Care-Related Risks as Social Risks: An Analysis of the English Care Policy System[J]. *Journal of Social Policy*, 2018, 47(1): 179-196.
- [2]吴玉韶, 党俊武. 老龄蓝皮书: 中国老龄事业发展报告(2013) [M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2013.
- [3]世界卫生组织. 中国老龄化与健康国家评估报告[R]. 世界卫生组织, 2016.
- [4]华中生, 等. 智慧养老服务的国家战略需求和关键科学问题[J]. *中国科学基金*, 2016, (6): 535-545.
- [5]胡祖铨. 养老服务业领域政府投资规模研究[J]. *宏观经济管理*, 2015, (3): 46-48.
- [6]Campbell J. C., Ikegami K., Kwon S.. Policy Learning and Cross-National Diffusion in Social Long-Term Care Insurance: Germany, Japan, and the Republic of Korea[J]. *International Social Security Review*, 2009, 62(4): 63-80.
- [7]Mosca I., Wees P. J., Mot E. S., Wammes J. J., Jeurissen P. P.. Sustainability of Long-Term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers[J]. *International Journal of Health Policy and Management*, 2017, 6(4): 195-205.
- [8]Rhee J. C., Done N., Anderson G. F.. Considering Long-Term Care Insurance for Middle-Income Countries: Comparing South Korea with Japan and Germany[J]. *Health Policy*, 2015, 119(10): 1319-1329.
- [9]Ikegami N.. Financing Long-Term Care: Lessons from Japan[J]. *International Journal of Health Policy and Management*, 2019, 8(8): 462-466.
- [10]Weiss J., Gruber J.. Using Knowledge for Control in Fragmented Policy Arenas[J]. *Journal of Policy Analysis and Management*, 1984, 3(2): 225-247.
- [11]Roubini N., Sachs J.. Government Spending and Budget Deficits in the Industrial Countries[J]. *Economic Policy*, 1989, 4(8): 99-132.
- [12]Kontopoulos Y., Perotti R.. Government Fragmentation and Fiscal Policy Outcomes: Evidence from OECD Countries [M]. Chicago: University of Chicago Press. 1999, 81-102.
- [13]Volkerink B., Haan D. J.. Fragmented Government Effects on Fiscal Policy: New evidence [J]. *Public Choice*, 2001, 109(3-4): 221-242.
- [14]Hofmarcher M. M., Oxley H., Rusticelli E.. Improved Health System Performance through Better Care Coordination [C]. OECD Health Working Papers 30, OECD Publishing, 2007.
- [15]Anderson G.. The Challenge of Financing Care for Individuals with Multimorbidities [J]. *Source OECD Social Issues/migration/health*, 2011, 11(27): 72-98.
- [16]Leutz W. N.. Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom [J]. *Milbank Quarterly*, 1999, 77(1): 77-110.
- [17]Sunwoo D., et al. A Study on Establishment of The 1st Basic Plan to Improve Public Long-Term Care System for the Elderly [R]. Seoul: Ministry of Health and Welfare. 2012.
- [18]Challis D.. Community Care of Elderly People: Bringing Together Scarcity and Choice, Needs and Costs [J]. *Financial Accountability & Management*, 1992, 8(2): 77-95.
- [19]Chon Y.. A Qualitative Exploratory Study on the Service Delivery System for the New Long-Term Care Insurance System in Korea [J]. *Journal of Social Service Research*, 2013, 39(2): 188-203.
- [20]Liloyd J., Wait S.. Integrated Care: A Guide for Policymakers [M]. London: Alliance for Health & the Future, 2006, 4-18.
- [21]Lyles A.. Alzheimer's Disease: The Specter of Fragmented Policy and Financing [J]. *Clinical Therapeutics*,

2008, 30(1): 192-194.

[22]Glendinning C.. Home Care in England: Markets in the Context of Underfunding[J]. Health and Social Care in the Community, 2012, 20(3): 292-299.

[23]Deeming C.. Addressing the Social Determinants of Subjective Wellbeing: The Latest Challenge for Social Policy[J]. Journal of Social Policy, 2013, 42(3): 541-565.

[24]UK Department of Health. Use of Resources in Adult Social Care[R]. London: Department of Health, 2009.

[25]Hardy B., Mur-Veemanu I., Steenbergen M.. Interagency Services in England and the Netherlands: A Comparative Study of Care Development and Delivery[J]. Health Policy, 1999, 48(2): 87-105.

[26]Penny B.. Policy Framework for Integrated Care for Older People Developed by the Carmen Network[M]. London: King's Fund, 2004.

[27]Walker B. B., Collins C. A.. Developing an Integrated Primary Care Practice: Strategies, Techniques, and a Case Illustration[J]. Journal of Clinical Psychology, 2009, 65(3): 268-280.

[28]Yoshida K., Kawahara K.. Impact of A Fixed Price System on the Supply of Institutional Long-Term Care: A Comparative Study of Japanese and German Metropolitan Areas[J]. Health Service Research, 2014, 49(1): 1-13.

[29]Seo D., Kim W., Moon S., Lee Y., Lim J.. Medium and Long-term Prediction of Supply and Demand of Care Seoul: Workers and Improvements for It[R]. Seoul: National Health Insurance Corporation. 2012.

[30]Kodner D. L.. The Quest for Integrated Systems of Care for Frail Older Persons[J]. Aging Clinical and Experimental Research, 2002, 14(4): 307-313.

[31]Billings J.. What Do We Mean by Integrated Care? A European Interpretation[J]. Journal of Integrated Care, 2005, 13(5): 13-20.

[32]Elmer S., Kilpatrick S.. Using Project Evaluation to Build Capacity for Integrated Health Care at Local Levels[J]. Journal of Integrated Care, 2006, 14(5): 6-13.

[33]UK Home Care Association (UKHCA). An Overview of the UK Domiciliary Care Sector[R]. London: UKHCA. 2012.

[34]Schut F. T., Berg B. D.. Sustainability of Comprehensive Universal Long-Term Care Insurance in the Netherlands[J]. Social Policy & Administration, 2010, 44(4): 411-435.

[35]Rothgang H.. Social Insurance for Long-Term Care: An Evaluation of the German Model[J]. Social Policy & Administration, 2010, 44(4): 436-460.

[36]Mcshane M. K., Cox L. A.. Issuance Decisions and Strategic Focus: The Case of Long-Term Care Insurance[J]. The Journal of Risk and Insurance, 2009, 76(1): 87-108.

[37]Montinola G., Qian Y., Weingast B. R.. Federalism, Chinese style: The Political Basis for Economic Success in China[J]. World Politics, 1995, 48(1): 50-81.

[38]Heilmann S.. Policy Experimentation in China's Economic Rise[J]. Studies in Comparative International Development, 2008, 43(1): 1-26.

[39]Liu W., Li W.. Divergence and Convergence in the Diffusion of Performance Management in China[J]. Public Performance and Management Review, 2016, 39(3): 630-654.

[40]Nadash P., Doty P., Mahoney K. J., Von Schwanenflugel M.. European Long-Term Care Programs: Lessons for Community Living Assistance Services and Supports?[J]. Health Service Research, 2012, 47(1): 309-328.

[41]Walker A.. Why the UK Needs a Social Policy on Ageing[J]. Journal of Social Policy, 2018, 47(2): 253-273.

[42]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.

[43]Comas-Herrera A., Pickard L., Wittenberg R., Malley J., Kind D.. The Long-Term Care System for the Elderly in England[R]. Brussels: ENEPRI Research Report, 2010.

[44]中国保险协会. 中国长期护理调研报告[R]. 中国保险协会, 2016.

- [45]Colombo F., Llena-Nozal A., Mercier J., Tjadens F.. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care[R]. OECD, 2011.
- [46]Bolin K., Lindgren B., Lundborg P.. Informal and Formal Care among Singleliving Elderly in Europe[J]. *Health Economics*, 2008, 17(3): 393–409.
- [47]King D., Pickard L.. When Is a Carer’s Employment at Risk? Longitudinal Analysis of Unpaid Care and Employment in Midlife in England[J]. *Health & Social Care in the Community*, 2013, 21(3): 303–314.
- [48]Houde S. C., Gautam R., Kai I.. Long-Term Care Insurance in Japan: Implications for U.S. Long-Term Care Policy [J]. *Journal of Gerontological Nursing*, 2007, 33(1): 7–13.
- [49]Yong V., Saito Y.. National Long-Term Care Insurance Policy in Japan A Decade after Implementation: Some Lessons for Aging Countries[J]. *Ageing International*, 2012, 37(3): 271–284.
- [50]葛嵩灵, 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.
- [51]Nicholas B.. Long-term Care: A Suitable Case for Social Insurance[J]. *Social Policy & Administration*, 2010, 44(4): 359–374.
- [52]Hill R.. Integrated Care—Foundation Trust or Social Enterprise? [J] *Journal of Integrated Care*, 2007, 15(1): 20–23.
- [53]Ajzenstadt M., Rosenhek Z.. Privatisation and New Modes of State Intervention: The Long-Term Care Programme in Israel[J]. *Journal of Social Policy*, 2000, 29(2): 247–262.
- [54]Burchardt T., Jones E., Obolenskaya P.. Formal and Informal Long-Term Care in the Community: Interlocking or Incoherent Systems?[J] *Journal of Social Policy*, 2018, 47(3): 479–503.

The Fragmentation and Integrating Path of the Pilot Policies of China’s Long-Term Care Insurance System

DAI Wei-dong¹, YU Yang²

(1. Zhejiang University of Finance and Economics, Hangzhou 310018;

2. Central China Normal University, Wuhan 430079, China)

Abstract: To solve the dilemma of the traditional service for the aged in the context of China’s aging population, a long-term care insurance system has been put into effect in China’s 15 piloting cities across the country since 2016. Through the evaluation of the effect of the long-term care insurance policy in the pilot cities, this study finds out that the long-term care insurance presents a series of “fragmentation” characteristics in such aspects as the coverage, the source of financing, the care service, the fund management and the business operation. This means that the policy should be designed at the top level, and an integration should be carried out in terms of the service concept, the beneficiaries, the financing mechanism, and service delivery, etc.. Then, a directional and functional integration should be carried out from such aspects as the improvement of disability assessment standards, the full coverage of urban and rural residents, the multi-channel financing, the payment level of special treatment, the home care services, the focused rehabilitation services, and the breeding of PPP market services, so as to lay the foundation for the further expansion of the coverage.

Key words: population aging; service for the aged; policy fragmentation; long-term care insurance; integrating path

责任编辑: 黄 晗