

中国长期护理保险的理论依据、 制度框架与关键机制

戴卫东

[摘要] 从面向贫困老年人的“兜底性”养老服务到覆盖全体老年人的长期护理保险试点，这是我国养老服务体制改革的开端。其中蕴含的风险基础、财政基础、理念基础、立法基础、经济基础、制度基础、社会基础以及技术基础是长期护理保险制度建立的理论依据。“十四五”时期是长期护理保险建设的重要“窗口期”，顶层设计应该考虑建立“1基9梁18柱”的制度框架，在长期护理保险制度建设发展过程中还需要特别注重均衡公平的筹资机制、服务基础的培育机制、智慧养老的信息化机制、与医疗卫生改革的协同机制以及制度运行的评估机制等五大关键机制建构。

[关键词] 失能风险；长期护理保险；理论依据；制度框架；关键机制

一、引言

与医疗保险和养老金体系的发展相比，我国养老服务体系建设尚处于初级阶段。世界卫生组织（WHO）指出“当前 21 世纪，没有哪个国家能够承担长期护理（Long-Term Care, LTC）系统完全缺失的后果。”^① 为了积极应对人口老龄化，2016 年 6 月人力资源和社会保障部发布《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》（人社厅发〔2016〕80 号），首次在全国 15 个城市试点长期护理保险制度。这表明我国开始以社会保险模式为“兜底性”养老服务体系筹资，长期护理保险制度试点是国家探索传统养老服务体制改革的开端。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》（医保发〔2020〕37 号），决定在全国新增 14 个城市试点长期护理保险。截至 2022 年 3 月，包含省级试点在内全国已有 49 个地级市（州）在试点长期护理保险（以下简称“长护险”）。

从首批 15 个城市试点至今五年多时间，喜忧参半，成绩与问题并存。一方面长护险参保人数达 1.45 亿人，享受待遇人数累计 172 万人，人均待遇支付水平每年约 1.6 万元；^② 另一方

[作者简介] 戴卫东，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。主要研究方向：长期护理保险、养老保障、社会医疗与卫生政策。

[基金项目] 国家社科基金重点项目“‘兜底性’失能老年人养老服务体系研究”（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）。

① 世界卫生组织：《关于老龄化和健康的全球报告》（中文版），https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789245565048_chi.pdf?sequence=9&isAllowed=y，2022 年。

② 国家医疗保障局：《对十三届全国人大五次会议第 7345 号建议的答复》（国医保函〔2022〕130 号），http://www.nhsa.gov.cn/art/2022/8/22/art_110_8873.html，2022 年 8 月 22 日。

面长护险试点政策“碎片化”现象普遍严重。^①《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》要求，力争在“十四五”期间，基本形成适应我国经济发展水平和老龄化发展趋势的长期护理保险制度政策框架。依据日本的经验，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，社会效果越好。^②众所周知，长期试点不定型必然会增加制度统一成本与改革阻力。党中央和国务院审时度势、英明决策，2022年10月在二十大报告中明确指出“建立长期护理保险制度”。下一步就是长护险制度如何建设问题。由此，我们首先必须明确我国建立长护险制度的理论依据是什么，然后才能解决其他问题。

二、长期护理保险制度建立的理论依据

针对长期护理的政策是一个包括内容最复杂、最丰富、异质性最强的政策领域。^③我国从面向贫困老年人的“兜底性”养老服务制度到面向全体老年人的长期护理保险制度，这一重大体制的转型源于我国经济、社会与人口等结构的变化，其中的风险基础、财政基础、理念基础、立法基础、经济基础、制度基础、社会基础以及技术基础构成的理论体系在支撑着社会化长护险制度的确立依据。

（一）老龄社会的失能风险

“七普”统计数据表明我国人口结构快速老龄化。据世界银行预测，从2015年到2040年我国老年人口的增长将特别显著。2030年60岁以上人口的比重达到25.3%；2050年13亿人口中65岁及以上老年人口的比例达到26%，80岁及以上的老年人口比例为8%。^④在规模庞大的老年人口中，有相当一部分人处在失去生活自理能力的失能状态。据预测，2020年我国失能老龄人口达到5271万，2030年失能老龄人口在总失能人口中的占比将超过57%，规模在7700万人以上，失能老人将经历平均7.44年的失能期。^⑤失能已经成为我国一个新的社会风险。

尽管正常的老化不是疾病，但是在老化过程中还是会伴随一些疾病现象，尤其是慢性病多发。随之而来的问题就是失能后老年人维持基本生活和尊严所需要的长期护理服务如何解决。国际上的长期护理与我国的养老服务有本质上的差异，前者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相关老年人生命周期的康养护服务；后者是指我国传统的服务于贫困老人（多数没有子女）的机构养老服务，这更多的是一种福利和反贫困手段，而不是一种长期护理服务的制度安排。

随着工业化的发展和人口老龄化的推进，老年人一般都要面临三大风险，即收入锐减风险、疾病多发风险和晚年失能风险。针对前两个风险，19世纪中后期开始德国等工业化发达国家先后创建了社会养老保险和社会医疗保险两大制度。为了应对失能风险，从20世纪60年代开始荷兰、以色列、德国、卢森堡、日本和韩国先后建立了社会化长护险。^⑥我国现阶段推行的长

① 戴卫东、余洋：《中国长期护理保险试点政策“碎片化”与整合路径》，《江西财经大学学报》2021年第2期。

② Naoki Ikegami, "Financing Long-Term Care: Lessons from Japan," *International Journal of Health Policy and Management*, 2019, 8(8).

③ August Österle, *Equity Choices and Long-term Care Policies in Europe: Allocating Resources and Burdens in Austria, Italy, the Netherlands and the United Kingdom*, Aldershot, Ashgate, 2001, p.11.

④ 葛嵩灵、冯占联：《中国养老服务的政策选择》，世界银行集团、中国财政经济出版社，2019年，前言。

⑤ Yanan Luo, et al., "Trends and Challenges for Population and Health During Population Aging—China, 2015–2050," *China CDC Weekly*, 2021, 3(28).

⑥ 参见戴卫东：《OECD国家长期护理保险制度研究》，中国社会科学出版社，2015年。

护险试点正是为了积极应对人口老龄化的明智抉择。人口统计趋势表明,我国在未来30年将会有相当大的长期护理需求,而不只限于养老服务。

(二) 财政养老的投入压力

公共财政投入是基本养老服务体系建设资金来源的重要渠道之一,主要用于养老床位、场地设施的投资和养老服务、护理的补贴。我国对养老服务投入主要来自央地两级财政支出、彩票公益金定比支出等。其中,地方财政投入占公共财政总投入的比重为95%。随着失能老人基数增加和失能时间延长,政府财政支出规模将不断提高。据测算,2020—2030年,公共财政用于养老支出资金规模年均增长14.9%。2020年公共财政用于养老服务资金规模需要246亿元。^①

据民政部报告,2012—2021年中央财政累计投入359亿元支持养老服务设施建设。养老服务补贴、护理补贴分别惠及573.6万、90.3万老年人。^②十年间中央财政年均投入不到36亿元,主要用于“补床头”“补砖头”,投入“补人头”的比重不高。受地方财政收入的限制,全国各地政府对养老服务机构的建设期补贴在3000元/床—50000元/床,运营期补贴在每年400元/床—6000元/床,各地差异性非常明显,但财政投入低的省份老年人口抚养比并不一定就低。^③从福利多元主义理论来看,单靠央地政府财政支持养老服务体系不切合实际,公共财政体现的是基本责任,只能对“兜底性”贫困、失能老年人的基础养老服务负责。非贫困的失能老年人养老服务需求也在日益增长。因此,我国养老服务体制需要转型,另寻出路,建立社会化筹资机制的社会保险模式是比较理想的制度安排。

(三) “以人民为中心”的施政理念

党的十九大报告明确要求“必须多谋民生之利、多解民生之忧,在发展中补齐民生短板、促进社会公平正义,在幼有所育、学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居、弱有所扶上不断取得新进展。”中共十九届六中全会公报指出“全面深化改革开放,促进共同富裕,坚持在发展中保障和改善民生”。可以看出,在新时代“以人民为中心”是发展主线,“七有”民生是发展途径,共同富裕是发展目标,增进民生福祉是发展目的。

老年人是共同富裕目标人群的重要组成部分。失能老年人群与贫困老年人群往往交叉在一起。“七有”民生中“老有所养”“病有所医”“弱有所扶”正是老年人养老保障的重要内涵。据调查统计,城市“三无”人员与农村“五保户”这些福利救济对象仅占当年全国60岁以上老年人口总数的比例不到2.5%。^④正如世界银行的建议,从中长期来看,中国应该考虑建立一个普遍的全民公共长期护理服务融资系统,类似于荷兰、德国、日本以及韩国采用的全民社会保险模式;如同对老年人的医疗卫生保健和收入支持一样,这种方法也承认需要长期护理服务是一种绝大多数人都无法自己解决的正常的生活风险。^⑤由此,基于“资金互济,风险分担”的长期护理保险试点是党的“以人民为中心”执政理念的具体实践,它能充分发挥缓解老年贫困、化解失能风险以及提高全体老年人获得感和幸福感的重要功能,起到“补齐民生短板”的作用。

(四) 家国责任的法理体现

WHO指出,长期护理是由非正规护理者和专业人员进行的护理照料体系。^⑥前者包括家庭、

① 胡祖铨:《养老服务业领域政府投资规模研究》,《宏观经济管理》2015年第3期。

② 唐登杰:《新时代民政事业发展取得历史性成就》,《中国民政》2022年第15期。

③ 甘炜等:《养老服务市场化财政补贴与调整机制研究》,《地方财政研究》2017年第11期。

④ 葛嵩灵、冯占联:《中国养老服务的政策选择》,世界银行集团、中国财政经济出版社,2019年,第18页。

⑤ 葛嵩灵、冯占联:《中国养老服务的政策选择》,世界银行集团、中国财政经济出版社,2019年,第168页。

⑥ WHO, *Home-Based and Long-term Care, Report of a WHO Study Group*, WHO Technical Report Series 898, Geneva, World Health Organization, 2000.

朋友或邻居，后者是指政府主导的卫生和社会服务系统。WHO 肯定了长期护理服务供给体系中家庭责任与国家责任的共同担当。

家庭养老一直以来是我国的传统，历朝历代都以法律加以规范。新中国成立后，《中华人民共和国宪法》和《中华人民共和国老年人权益保障法》都规定了家庭成员尤其是子女对赡养的老年人应当履行经济供养、生活照料和精神抚慰的义务。纵观我国养老服务事业发展历史，家庭责任主导、国家责任兜底的特色机制与世界银行建议的“中国政策制定者最终要建立最适合中国文化、社会经济、政治和卫生保健环境的养老体系”也相吻合。^①从筹资角度来看，长护险试点要最终实现单位、个人缴费和财政支持的基金来源构成；从服务供给方面来看，居家为基础、社区为依托和机构为补充是发展方向。可以看出，长护险的筹资和服务两大体系无一不体现出家庭责任与国家责任共同存在于长期护理制度建设之中。养老服务从私领域的家庭生活转变成公领域的社会风险，那么，针对这个风险的长期护理制度就表现出从公领域向私领域的必要延伸。

（五）民富国强的经济支撑

2021年，我国人均GDP为80976元，比上年增长8.0%；国民总收入1133518亿元，比上年增长7.9%；城镇和农村居民的人均可支配收入分别是47412元、18931元，比上年增长8.2%、10.5%。^②人民生活比较富裕，国家经济实力保持增长，这些都为长护险试点推进奠定了稳定的经济基础。

德国并不是在经济优越的条件下建立长护险制度的，而是在经济黯淡、失业率高涨、两德统一的巨大财政负担下实施的。与一般的认知不同，德国推行长护险制度的关键性因素不是有强大的经济和充足的财政，而是国家的总体政治意志。^③韩国在颁布长护险法案时，其经济发展水平与德国、日本长护险法案生效时的差距也较大。我国建立长护险不仅具有“以人民为中心”的政治意志，而且还具有较好的经济基础支持，更加有利于长护险试点完善与推进发展，于政治、于经济而言都具有切实的可行性。

（六）社会保险的制度认同

考察全球长护险制度建立，与各国当时已有的社会保障制度模式密切相关。1986年4月以色列国会通过《为增加护理机构人数发展服务和将护理服务扩展到社区而融资法案》，将其纳入《国家保险法》的第61号法案。该法案依据《国家保险法》的基本原则，确立了雇主雇员缴费、财政补贴以及其他险种基金划拨的三种筹资渠道的社会化长护险制度。法国政府之所以推行了专门针对失能老年人的长期护理津贴（APA）法律（2001年7月20日生效），也是源于1975年实施的残疾人津贴救助政策的制度依赖。美国是商业保险发达的国家，其长护险制度依附于商业健康保险，而不是社会保险模式。

一个国家既有的制度安排，在社会保障领域有的国家以社会保险模式为主，而有的国家则以社会救助或商业保险主导，这些制度模式在很大程度上影响着后续的长期护理制度模式的选择。无风险则无保险。虽然失能属于社会风险，但是选择社保或商保模式却有很大的差异性。20世纪90年代以来，我国就相继建立了养老保险、医疗保险等五大社会保险制度，在五大社会保险模式的制度路径依赖下，国民已经习惯或认同社会保险，因此，社会化长护险是我国长期护理制度的最优选择。目前我国仍在实施的“兜底性”养老服务补贴和残疾人护理津贴的福

① 葛蔼灵、冯占联：《中国养老服务的政策选择》，世界银行集团、中国财政经济出版社，2019年，前言。

② 国家统计局：《2021年国民经济和社会发展统计公报》，http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/202202/t20220227_1827960.html，2022年2月28日。

③ 刘涛：《德国长期护理保险制度的缘起、运行、调整与改革》，《安徽师范大学学报（人文社会科学版）》2021年第1期。

利模式,因其覆盖特定人群和贫困人群而不可能成为面向全体老年人长期护理需要的主体制度。

(七) 多元主体的社会参与

福利多元主义理论主张福利是维系全社会运行的产品,不能完全依赖国家或者市场,福利提供需要多元化。家庭、国家、营利机构、非营利机构和志愿组织都可以成为福利产品的供应者,而且供应方越多越好。参考全球长护险制度体系发展,不仅筹资渠道体现了雇主、雇员和财政三方的社会连带责任,而且服务供给也呈现出由家庭、非营利机构(NPO)、营利机构和政府公立机构,以及志愿组织等参与的多元化护理服务体系。

随着人口老龄化的加快和社会治理的进步,未来几十年我国养老福利责任表现为:一是家庭责任可持续发展,个人责任将加速发展,但二者逐渐融合在一起以个人责任为主,家庭责任体现在经济扶助、亲情慰藉和力所能及的服务供给上;二是国家不再局限于“兜底”责任,将逐步扩大到对全体国民的养老保障管理负责,但基本责任表现在“全覆盖”“保基本”“可持续”上;三是市场责任显著加大,正如世界银行提出的建议,中国养老服务体系建设的优先领域是“建立政府的管理能力,与民营部门养老服务提供者建立联系”,^①建立完善的覆盖不同收入群体和城乡地区的养老服务市场;四是社会责任需焕发出新的生机,随着社会文明的进步,鼓励志愿组织、互助服务和慈善行动深入到老年福利的贫困救助、照料帮助、健康维护以及老年人文化生活中去。

(八) 智慧养老的技术支持

高质量社会建设推动养老服务制度发展。未来我国养老服务体系必然包括三个部分:第一是免费为贫困的重度失能老人提供的基本养老服务(福利性);第二是低费向一般失能老人提供的基本养老服务(非营利性);第三是市场向全体老人提供的非基本养老服务(营利性)。随着失能老人规模的快速增长,前两个系统的基本养老服务需从传统的日常生活照料逐步升级为康养护“三位一体”的长期护理,康复护理、健康维持以及临终关怀等服务成为全体老年人的重要关切。“医养结合”成为养老服务的主流呼声,而智慧养老则是“医养结合”的重要技术基础。

截至2021年底,全国两证齐全的医养结合机构6492家,共有175万张床位,超过90%的养老机构以不同形式提供医疗服务。^②2016—2021年底,工业和信息化部、民政部、国家卫生计生委先后组织开展五批智慧健康养老应用试点示范工作,先后确定了90个国家级医养结合试点市(区),遴选出智慧健康养老示范企业125个、示范街道(乡镇)212个、示范基地57个以及示范园区2个。随着“互联网+智能化”的智慧养老深入推进,失能老人智能呼叫系统、失智老人GPS定位系统、老年人健康档案管理系统、远程健康监护系统等能够更高效地整合养老服务资源,更能快捷地满足老年人康养医护服务的需要。长护险制度的核心在于长期护理服务的可及性和高质量,而智慧养老服务体系的完善与健全,可避免陷入“有保险,无服务”的困境。

上述八大理论依据相辅相成,共同构建了中国“第六险”长护险制度的理论体系。

三、长期护理保险运行的制度框架

我国长护险从试点推进到走向制度定型至少经历了六年探索时间。2021年5月,习近平总书记在主持中共中央政治局关于“十四五”时期积极应对人口老龄化重大政策举措会议上指出

① 葛嵩灵、冯占联:《中国养老服务的政策选择》,世界银行集团、中国财政经济出版社,2019年,前言。

② 《医养结合领域指导意见四大看点》,中国政府网:http://www.gov.cn/zhengce/2022-07/21/content_5702109.htm, 2022年7月21日。

要积极“探索建立长期护理保险制度框架”。“中国在长期护理政策方面几乎没有任何经验，因此必须学习其他国家的经验教训，在规划设计国家体系时借鉴国际最佳做法。但是，简单地照搬他国政策不可能成功，中国政府需要将其融入本国的国家框架中，并根据本国具体情况进行调整。”^① 本文尝试构建具有中国特色的“第六险”长护险制度框架。

（一）基本原则

参照 WHO 提出的世界各国建立长期护理体系 6 条“普遍适用”的原则，^② 本文将其提炼为中国建立长护险的基本原则：（1）长期护理必须是可及的与可负担的，确保低保、低边的失能者能够获得服务。（2）长期护理方式必须有利于维护老年人的尊严、尊重他们的护理意愿，在可能的情况下促进他们自主决策的能力。（3）长期护理应在任何可能的情况下支持老年人自理自立。（4）长期护理必须以老年人的需求而不是机构的需求为导向。（5）长期护理服务的劳动者应获得应有的社会地位和社会认可。（6）国家和政府必须承担长期护理体系的全部管理责任。

（二）制度框架

1. 责任部门

（1）主管部门。根据长护险及其服务供给的特征，各地要建立联席会议制度，健全信息沟通机制，统筹推进长护险工作。医保、财政、民政、卫健、工信、人社、税务等应该是长护险的职能部门和制度法人，其中，医保部门负责制定长护险政策，牵头组织实施长护险工作，加强基金使用监督管理；财政部门负责长护险基金和风险金管理，以及适当财政投入等工作；民政、卫健以及工信三个部门除了共同负责长期护理服务相关标准制定、遴选定点服务机构和智慧养老服务监管之外，民政部门还要负责配置养老服务资源，加快养老机构护理型床位建设；卫生健康部门负责加强护理院（护理站）、康复医院等接续性医疗机构建设，推进医疗机构加快发展机构护理、社区护理、居家护理等服务供给；工信部门负责指导电子健康产品生产，推进智慧养老服务；人社部门统筹行业主管部门开展护理人员职业技能培训，负责护理服务职业技能等级认定工作；税务部门负责长护险保费征缴，以及相关服务机构的税收优惠政策实施等工作。

（2）协同部门。长护险制度在运行过程中，还离不开残联、市场监管、教育、国土资源、住房城乡建设、公安（消防）、中国银保监会、中国老龄协会等相关部门通力协作。其中，残联系统的重度残疾人护理补贴与长护险待遇发放会造成重复享受，二者只能选择其中一种，在现阶段两个制度并存的情况下，需要残联与医保部门信息共享，就高享受是可行的措施；市场监督管理部门涉及到民营机构的注册；教育部门涉及到高等教育和职业教育中养老服务与管理专业的教育培养的专业化；国土资源、住建和消防等部门直接负责养老机构开设的选址、建设标准和安全设施配备等；银保监会负责外资合作、商保公司参与等行业监督；中国老龄协会主要负责老龄事业大政方针的调研建议和开展老龄事务的国际交流与合作等。

可以说，长护险比其他任何一个险种都要复杂得多，牵涉到较多的职能部门和利益相关方。长护险制度的建立需要主管部门与协同部门的通力合作，以避免制度运行过程中的“肠梗阻”现象发生。

2. 保障对象

保障对象包括参保对象与受益对象，其中，参保对象是指法律规定的应参加保险人群；受益对象一般都有特定的条件，一般情况下，保险的受益对象是指以相应风险的产生为前提。

^① Sebastian Heilmann, "Policy Experimentation in China's Economic Rise," *Studies in Comparative International Development*, 2008, 43 (1).

^② 世界卫生组织：《关于老龄化和健康的全球报告》（中文版），https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789245565048_chi.pdf?sequence=9&isAllowed=y，2022 年，第 128 页。

(1) 参保对象。根据《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》,“试点阶段从职工基本医疗保险参保人群起步”。但是,制度建立之际,可借鉴德国、日本和韩国的经验,参加社会医疗保险的人群必须参加长护险,所以,我国长护险的参保对象应该是城乡全体参加医保的人群。鉴于我国城乡医保基本实现“全覆盖”,因此,长护险新制度的确立,必须彻底改正目前试点地区仍然保留的城乡“二元”分割的不公平的政策设计。

(2) 受益对象。我国长护险的受益对象应该是一个动态的保障范围,理论上符合失能等级评估条件的老年人都是受益人。由于现行的五大社会保险总体费率较高,“第六险”长护险的缴费率厘定以不给企业增加负担的原则保持一个较低费率比较稳妥。因此,以重度失能老年人为受益对象是理性的选择,但有条件的地方可以根据长护险“基金池”的丰盈程度,可逐步扩大到中度失能老年人。

至于残疾人是否属于长护险的受益范围,可以借鉴日本和韩国的经验,两国的长护险都不包括残疾人,因为他们是两国社会福利政策的对象。针对非老年的失能者,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、但患有24种老年性疾病的人可以是长护险受益对象。我国长护险制度建立如果将残疾人纳入受益范围,一是需要做好与经济困难的高龄、失能老年人补贴以及重度残疾人护理补贴等政策的衔接;二是针对60岁以下的失能人员也需要列出“特定疾病清单”,符合条件的才可以纳入长护险待遇对象。这两种情况下,所有政策的失能补贴与长护险待遇都不能重复享受,其中原理在于针对同一失能风险的政策中都有公共财政投入的成分。

3. 资金筹集

遵从国际长护险惯例,我国长护险制度筹资来源应该包括单位、个人缴费和财政补贴三个主要渠道,辅之以养老服务体系的福利彩票公益金以及第三次分配的慈善捐赠等多元支持方式。德国、荷兰和韩国全民缴费,日本40岁以上国民缴费,缴费总额分别占各国长护险基金总量的100%、70%、60%和50%。^①所以,我国长护险缴费应以单位和个人同比例分担的筹资方式为主。国家医保局也可以出台指导性费率,各地结合当地的经济水平、筹资能力和受益面等因素实行浮动性费率。同时,财政部门大力支持是长护险制度实施的关键,几乎所有推进社会化长护险国家都有一定比例的财政投入,各国财政投入占长护险基金的比重:以色列和韩国均为20%、荷兰占22%、日本占50%,^②卢森堡占40%。^③

4. 失能评估

长护险参保人经当地医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续6个月以上,经申请通过统一的失能等级标准评估认定的失能人员,按规定可享受相关待遇。目前,已有国家标准的《长期护理失能等级评估标准(试行)》(医保办发〔2021〕37号),^④失能等级划分为0—5级,即0级(基本正常)、1级(轻度)、2级(中度)、3—5级(重度I、II、III级)。各地可以根据当地服务市场、经济水平等情况,探索各失能等级的服务项目、服务时长、护理标准以及相应的待遇标准。

① 郑秉文:《中国养老金发展报告2017——长期护理保险试点探索与制度选择》,经济管理出版社,2017年,第221、213、254、242页。

② 郑秉文:《中国养老金发展报告2017——长期护理保险试点探索与制度选择》,经济管理出版社,2017年,第236、254、213、242页。

③ 戴卫东:《长期护理保险——理论、制度、改革与发展》,经济科学出版社,2014年,第112页。

④ 国家医保局、民政部:《长期护理失能等级评估标准(试行)》,国家医保局官网:http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/8/3/art_14_5693.html,2021年8月3日。

5. 服务供给

(1) 服务内容。总体来说,长期护理服务是为长期失能人员提供的基本生活照料和与之密切相关的医疗护理服务。具体而言,居家护理包括生活照料、康复护理、医疗保健、精神慰藉等,以社区和机构的上门服务为主要形式。社区护理是居家护理的重要支撑,具有日间照料和居家护理支持两类功能,主要面向家庭日间暂时无力或者无力照料的社区老年人提供日间照料、短期托养、配餐、用药指导等服务。机构护理重点包括护理型机构和助养型机构。护理型机构主要为入住的重度失能老年人提供康复护理、紧急救援、临终关怀等专门服务。

(2) 供给体系。第一,一线护理员。长期护理服务一线从业人员的技能和素养水平的高低决定着服务质量的优劣。数据显示,我国失能、部分失能老年人约4000万,对护理人员的需求超过1300万人,但目前仅有相关人员50多万人。^①熟练护理人员的短缺是当前我国长期护理面临的一个关键性问题。当务之急是通过高等院校和职业技术学院(订单式)培育一大批注册护士、职业护士、社会工作者、理疗师、康复治疗师、心理咨询师以及医生助理等专业人员。第二,机构准入。我国已经形成了多元主体参与养老服务体系,但是,民营机构不仅没有占据养老服务市场的主体,而且其服务能力良莠不齐。民营机构在OECD国家养老服务中占优势地位,英国政府机构占有养老院总数的比例不到10%;美国大约70%养老院是营利性机构,约1/4是非营利性组织,只有约1/16养老院属于国有机构;澳大利亚的慈善机构等非营利组织在养老服务供应方面发挥着巨大作用。^②要提高民营养老机构的服务质量,有三个方面可以落实:一是,从“补砖头”“补床头”转向“补人头”。如世界银行所言,“如果中国政府希望改善服务质量,采购行为必须打破传统的以床位为单位的补贴建设和运营成本的这一惯例”,它强调的第二个重要的优先领域是“对养老服务使用者进行补贴,而不是床位和服务提供者”。^③二是,多批次遴选服务机构名单。学习荷兰、德国和日本,首先确定长期护理服务机构的硬件和软件标准,然后根据该标准筛选服务机构并公布于专业网站。三是,服务供给外包。学习以色列的经验,通过招标方式让服务优质的机构进入供给体系,引导市场良性竞争,促进机构自身开展能力建设。

6. 待遇支付

(1) 支付标准。对符合规定的护理服务费用,基金支付水平总体控制在70%左右。也就是说,长护险受益人必须支付合规费用的30%。发挥共同保险的功能,以降低道德风险的发生率。一是总结当前试点地区的经验,长护险待遇按比例或按定额支付;二是受益人自付一定比例的费用也是国际通行的政策。2017年日本第五次修订护理保险法,增加服务利用者的自付比例,第1号被保险人(65岁以上)年养老金收入低于280万日元、达到280万日元以及达到340万日元的个人自付比例分别为10%、20%和30%。韩国规定,个人接受居家护理服务需自付总额的15%,接受机构护理服务需自付20%。德国对1—4级护理服务都设有给付上限,超出部分由个人自付;机构护理的使用者需要自付的比例至少达到了总费用的25%。^④

(2) 支付方式。首先,坚持“可持续发展”,按照“以收定支、收支平衡和略有节余”的原则去确定待遇支出水平。其次,待遇支付与失能等级挂钩。不同的失能等级,服务内容与服务时长不同,相应的待遇标准也不一样。第三,以社区居家服务为先。借鉴日本的经验,根

① 《医养结合领域指导意见四大看点》,中国政府网:http://www.gov.cn/zhengce/2022-07/21/content_5702109.htm, 2022年7月21日。

② 葛嵩灵、冯占联:《中国养老服务的政策选择》,世界银行集团、中国财政经济出版社,2019年,第27、159页。

③ 葛嵩灵、冯占联:《中国养老服务的政策选择》,世界银行集团、中国财政经济出版社,2019年,第48页、前言。

④ 郑秉文:《中国养老金发展报告2017——长期护理保险试点探索与制度选择》,经济管理出版社,2017年,第248、255、223页。

据我国养老服务“居家为基础，社区为依托，机构为补充”的发展方向，长护险应以待遇支付比作为调节杠杆，居家、社区服务与机构服务的待遇比例适当拉开差距，从而引导失能老年人在居家和社区接受长期护理服务。独居、空巢的重度失能老人可选择机构养老服务。最后，以提供服务为主。长护险待遇支付以服务供给为主，只有在当地服务缺失、精神病患者照护以及自然灾害发生地等特殊情况下基于公平才可以发放现金，这也是日本和韩国共同的政策实践。

7. 管理机制

(1) 基金管理。长护险基金参照社会保险基金管理制度执行，纳入社会保障基金财政专户，实行预决算管理，单独建账，独立核算，专款专用，接受审计和社会监督。

(2) 经办管理。利用社会力量参与，将申请、受理、评估、稽核等服务可招标民营机构具体负责。借鉴荷兰、卢森堡和新加坡的经验，采用政府购买服务的方式引入具有资质的商业保险公司参与长护险经办服务，充实经办力量。医保部门建立针对市场第三方机构的绩效评价、考核激励、风险防范机制，提高经办管理服务能力和效率。

(3) 信息化管理。一方面建立长护险综合信息平台，实现与医保、人社、民政、卫健、残联等部门数据共享；准确掌握参保人信息，实现申报和结算台账的自动生成；构建数据对接子平台，优化联网监测数据上报机制。另一方面推进长期护理服务信息化，通过智能健康管理系统收集老年人的个人信息和健康信息，并将医疗服务与居家养老、社区服务提供者联系起来。长护险信息化建设也可以招标专业的信息服务供应商或商业保险公司搭建。

8. 监督机制

(1) 行政执法。医保、财政、民政、卫健、工信等部门成立长期护理服务联合执法部门，定期或不定期地对社区和机构的设施、人员配置、业务培训、财务管理、工资支付等方面进行检查，张榜公布。

(2) 第三方监督。依赖信誉度高、独立性强的第三方评估机构开展对居家、社区和机构服务接受者的回访，了解服务情况和服务质量，并出具分级的质量评估报告公布于专业网站。这些措施是对政府监管的补充，而不会替代政府监管。

(3) 奖惩办法。主管部门依据行政检查和第三方评估报告，对于服务机构得分较高的给予奖励；对严重违规者吊销营业执照、剔除出机构名单，对一般性的违规者责令停业整改。

9. 法律责任

(1) 用人单位的缴费责任。用人单位未按时足额缴纳长护险费的，由税务机关责令限期缴纳或者补足；逾期仍不缴纳的，由税务部门予以加倍罚款。

(2) 待遇对象的骗保责任。参保人员在接受需求评估、享受护理服务过程中，存在骗取长护险待遇及其他违法违规行为，医保部门应当向其追回相关费用。

(3) 服务机构的人身安全责任。定点服务机构应当购买第三方责任保险，如入住人员的人身意外伤害险、机构财产损失险等。如果定点机构没有购买第三方责任险或者没有开展员工业务培训，由此造成的事故和损失应由机构单方负责。

(4) 保险经办方的渎职责任。经办机构及其工作人员存在未履行法定职责，以及违反社会保险法律、法规等行为其中之一的，由财政部门责令改正；给长护险基金、个人造成损失的，责令直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法承担赔偿责任并给予处分。

综上，长护险制度框架由“1基9梁18柱”构成，其中，“1基”是指一个基本原则，“9梁”是指责任部门、保障对象、资金筹集、失能评估、服务供给、待遇支付、管理机制、监督机制以及法律责任等9根挑起长护险制度框架的“横梁”，“18柱”是指支撑九根“横梁”的十八个“立柱”。

四、长期护理保险制度可持续发展的关键机制

面临人口老龄化严峻与经济增长预期不佳的态势，长期护理保险制度的建设要特别重视两点：一是确保全社会筹资责任的均衡负担；二是充分利用公立和私营主体推进服务供给，并明确政府作为监管者的职能。^① 围绕筹资和服务两大体系，中国长护险制度在建设发展过程中有几个关键机制决定着该制度运行的成败。

（一）均衡公平的筹资机制

世界银行给我国养老服务体系建议的第三个重要的优先领域是，“建立系统的、可持续的长期护理融资体系”。^② 据统计，中国用于养老服务公共支出的资金仅占 GDP 的 0.02%—0.04%，90% 的福利彩票公益基金用于养老服务基础设施建设。^③ 随着人口老龄化加剧和失能老年人口规模增长，这种财政投入比例和支持方向将不可持续。

为了确保我国长护险制度建立能够良性运行，公平性筹资是基本要求：第一，需要体现国家财政出资的责任。在长期护理费用总成本的筹资结构中，根据国际通行的做法，财政投入比例在 20% 左右较好，根据地区经济发展水平，中央财政和地方财政合理分摊；受益人承担合规费用的 30%；福彩公益金、慈善捐赠以及其他社会保险（譬如医疗保险、失业保险）结余基金划拨合计占 10% 左右（以色列从儿童保险基金的划拨额占长护险基金比例达 65%）；单位和个人缴费占比为 40% 左右。第二，建立风险调剂金制度。针对我国东西部各省之间经济实力和老龄化程度的差异性较大，借鉴德国护理保险储备金制度，有必要成立长护险风险调剂金，以平抑欠发达省份长护险基金“收不抵支”的风险。第三，低保贫困家庭、低收入边缘群体的免费、低费参保。几乎所有实施长护险的国家都对贫困家庭给予免费、低费参保或免费享受服务的公平政策。

（二）服务基础的培育机制

以色列、德国、日本和韩国长护险制度建设的经验表明，长护险制度的可持续发展需要在制度正式实施前就打造出较好的服务基础，否则，长护险制度就是“空中楼阁”。为此，“十四五”期间最重要的是培育长护险的服务基础。一是确立长期护理服务人员的教育与培训机制。借鉴日本和韩国的护理从业人员的专业教育制度和资格等级认证制度，培养护理员的执业技能、人文素养和职业价值观，建立和维持一支训练有素、可持续的护工队伍尤为重要。对于正规护理者来说，专业化是基础和前提，而职业化是提升和保障。同时，对现有的护理人员 and 家庭照护者开展关于老年人的健康问题及相应后果和预期进展等方面培训，也十分有利于减轻社会的正式护理负担。

二是孕育一个有序运行的护理服务供给网络。利用现有的政策手段（如税收减免、财政补贴和其他的经济激励措施），促进居家、社区和机构服务的均衡发展，避免刚刚兴起的长期护理服务体系出现机构化趋势。以社区为基础的长期护理可以促进老年人就地养老，推迟老年人进入护理院和医院的时间，减少其住院天数，提高生活质量。^④ 但适度发展的养老机构是社区护理的重要支援，也是居家上门护理的主导力量。在这个供给网络中，政府、家庭、志愿者、非政府组织、卫生和社会系统以及私有部门之间建立和谐有效的伙伴关系很重要。

① [日] 小岛克久：《日本经济发展与社会保障：以长期护理制度为中心》，《社会保障评论》2019 年第 1 期。

② 葛嵩灵、冯占联：《中国养老服务的政策选择》，世界银行集团、中国财政经济出版社，2019 年，前言。

③ 葛嵩灵、冯占联：《中国养老服务的政策选择》，世界银行集团、中国财政经济出版社，2019 年，第 17 页。

④ Sarah L. Szanton, et al., "Preliminary Data from Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders, a Patient-directed, Team-based Intervention to Improve Physical Function and Decrease Nursing Home Utilization: the First 100 Individuals to Complete a Centers for Medicare and Medicaid Services Innovation Project," *Journal of the American Geriatrics Society*, 2015, 63(2).

三是特别要强调的,不可忽视农村长期护理服务是“短板”。由于农村地区老龄化的速度比城市地区更快,政府不能继续重点资助那些为少数“五保”和“三无”老人设立的敬老院,应该着重支持那些能为失能老人就近提供上门服务的乡村基层卫生服务组织,以及如互助幸福院、老年人协会等具有创新性的并惠及有更多需求的养老服务模式。

(三) 智慧养老的信息化机制

目前智慧养老服务中表现出来的“DMP”(Demander, Mediator, Provider)、“D to P”(Demander to Provider)、“O2O”(Online to Online)等多种模式,^①在日常生活照料、医疗护理、购物就医、紧急求助等方面实现了居家、社区和机构养老服务供需信息的互联互通。尤其是在独居、空巢失能老年人的急症救援、居家老人的上门护理服务监测、重度失能老年人的远程医疗以及双向转诊中老年人健康信息共享等方面发挥了极大的作用,提高了服务的质量和效率,降低了人力和时间成本。

在现阶段长期护理服务人力资源严重不足的情况下,智慧养老的信息技术使用和推广在领先于世界的我国互联网技术支持下大有可为,以点带面,从大城市逐步辐射到中小城市和农村,不仅起到“事半功倍”的效果,而且可以促进护理服务产业的发展。据估算,到2030年,在拥有全球GDP份额85%的45个国家,长期护理服务业将创造约5亿个就业岗位。^②

(四) 与医疗卫生改革的协同机制

我国医疗卫生改革与长护险协同推进,主要机制在于:首先,要求医疗卫生系统确立由疾病治疗模式向以老年人为中心的综合性保健模式转变。其次,医保、卫生、民政等部门协同管理,实现三家部门之间以患者为中心的健康信息数据的共享机制,建立部门间正式和非正式护理人员的继续教育与培训机制,以及互通互认的长期护理服务标准及专业护理人员资格的认证机制。第三,社区预防、康复功能强化机制。目前医疗共同体运行的关键是“双向转诊”不奏效,问题在于如何疏通各级医院与社区医院之间的利益分配。第四,养老机构实行分类、分级管理机制。所有养老机构划分为助养型(半失能)、护理型(重度失能)两类,100张床位以上的护理型机构实行分级护理。根据《长期护理失能等级评估标准(试行)》,重度失能分为I、II、III三个等级,护理型机构也可以对应设置为三级护理。最后,服务外包和增量改革机制。护理型养老机构实行医护服务外包给医疗机构的方式为入住患者提供康复护理服务,同时,二级医院和企业医院可备案申请转行办养老护理院或康复医院。

(五) 制度运行的评估机制

长期护理服务不同于医疗服务,也不同于单纯的社会服务,它有自身的特色。首先,谁来制定这套标准。显然,卫健、民政和工信应该是最权威的服务评估部门,由于服务涉及到支付方,医保部门也应该是其中一员。其次,标准如何制定。资金可持续性保障制度运行的基本前提,进而,服务的可及性、高质量是另外两个重要指标。这样,可及性、质量、可持续性为制度评估的三个一级指标。可及性的二级指标为居家、社区和机构三类服务,每个二级指标包括失能老年人的申请率、失能老年人申请的通过率以及三类服务的使用率三个三级指标。质量的二级指标为服务质量和生活质量二者,其中,服务质量的三级指标是有形性、可靠性、响应性、保证性、移情性;^③生活质量的三级指标是失能状况好转的比例、失能者住院的比例、主观健康状况好转的比例、失能者生活满意度,以及家庭人员照护的平均时间、家庭照护人员心理健康

① 青连斌:《“互联网+”养老服务:主要模式、核心优势与发展思路》,《社会保障评论》2021年第1期。

② ILO & OECD, *New Job Opportunities in an Ageing Society*, Paper Prepared for the 1st Meeting of the G20 Employment Working Group, Tokyo, Japan, 25-27 February, 2019.

③ A. Parsu Parasuraman, et al., "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality," *Journal of Retailing*, 1988, 64(1).

状况等。可持续性的二级指标包括财政支持、系统有效性和公众满意度，其中，财政支持的三级指标是财政投入的增长率、长期护理总费用占 GDP 的比重、待遇支出年增长费用占长护险收入的比重；系统有效性的三级指标是长护险月人均支出占月收入的比重、失能者家庭贫困发生率、长护险受益人的年人均医疗费用支出的增减比例；公众满意度的三级指标是公众对长护险政策的感知度、公众利用长期护理服务的意愿，以及失能者家庭成员对长护险的评价。

Theoretical Basis, Institutional Framework and Key Mechanisms of Long-Term Care Insurance in China

Dai Weidong

(School of Public Administration, Zhejiang University of Finance and Economics, Hangzhou 310018, China;
The New Type Key Think Tank of Zhejiang Province "China Research Institute of Regulation and Public Policy", Hangzhou 310018, China)

Abstract: The reform of China's old-age service system is at an initial stage. The system is transforming from one that provides services mainly for the poor and elderly to one that pilots long-term care insurance for all elderly people. The theoretical basis for the establishment of a long-term care insurance system involves risk, finance, concepts, legislation, economy, society and technology. The "14th Five-Year Plan" period presents a window of opportunity for China to introduce the long-term care insurance system. In terms of the overarching design of the system, this paper proposes to establish a "one foundation, nine beams and eighteen pillars" structure. The paper also points out that in the process of developing the long-term care insurance system, special attention needs to be paid to the following mechanisms, including balanced and fair financing, the cultivation of service providers, the use of information technology, the synergy between long-term care insurance and healthcare reform, and evaluation.

Key words: disability risk; long-term care insurance; theoretical basis; institutional framework; key mechanisms

(责任编辑:仇雨临)