

长期护理保险与医疗保险的协同效应研究

——兼论构建整合型老龄健康福利体系

刘晓婷

[摘要] 构建整合型老龄健康福利体系是满足老年人全周期康养需求、增强福利制度内部耦合性的重要路径。文章基于浙江省 Y 县长长期护理保险和医疗保险结算数据，分析了长期护理保险与医疗保险的协同效应，以及长期护理保险机构照护和居家现金补贴两种保障模式的优化。研究发现：第一，长期护理保险显著降低了医疗费用、医保基金支出和个人医疗负担；第二，长期护理保险不同待遇保障模式中，正式机构照护和居家现金补贴分别使失能老年人医疗费用下降 3.8% 和 3.1%，但后者的制度运行成本更低；第三，机制分析表明，机构照护和居家现金补贴分别通过缩短次均住院时长和减少住院次数降低了医疗费用。文章为优化老龄健康福利体系提供了新的实践方向。

[关键词] 整合型老龄健康福利体系；长期护理保险；医疗保险；待遇保障模式

一、引言

党的二十届三中全会明确提出要“健全人口发展支持和服务体系”，并强调“加快建立长期护理保险制度”。当前，长期护理保险在部分地区试点运行，制度推广面临着事业发展的普惠性与筹资可持续性的均衡难题。数据显示，2012—2022 年间，中国老年人福利支出年平均增长 18%，显著高于同期 6.7% 的国内生产总值（GDP）增速，^①但老龄福利领域却仍然面临着资金使用效率不高、养老服务结构性失衡和制度体系碎片化等问题。^②制度碎片化缺陷在失能老年人群中体现得尤为明显。由于日常生活照料和医疗护理服务的割裂，失能老年人群体既难以获得高质量的照护服务，又面临过重的医疗负担，医养护一体的全周期健康管理需求无法得到满足。^③长期护理保险的建制过程本质上构成了制度体系重构与运行机制创新的双重变革。具体而言，如何实现长期护理保险与医疗保险的协同发展，成为构建整合型老龄健康福利体系的首要挑战，如何优化长期护理保险不同待遇保障模式的组合，成为实现这一目标的重要机制路径。

[作者简介] 刘晓婷，浙江大学公共管理学院教授、博士生导师，浙江大学老龄和健康研究中心主任。主要研究方向：长期照护、医疗保障。

[基金项目] 国家社会科学基金重大专项“促进养老事业和养老产业发展的政策和机制研究”（24ZDA092）。

① 数据来源于《中国民政统计年鉴（2013）》和《中国民政统计年鉴（2022）》。

② 胡湛、彭希哲：《应对中国人口老龄化的治理选择》，《中国社会科学》2018 年第 12 期；赵一红、聂倩：《供需与结构：中国社会养老服务体系建构的逻辑——基于六城市养老机构的实证调查》，《社会学研究》2022 年第 6 期。

③ 陈诚诚：《长期护理保险与医疗卫生服务：两体系的边界辨析与发展路向》，《社会保障评论》2025 年第 1 期。

从福利制度的角度,长期护理保险与医疗保险同属健康保险范畴,均旨在分散参保者因健康问题带来的财务风险,^①通过风险事件后的损失补偿发挥保障功能,并高度依赖服务供给体系。^②在实践中,照护服务与医疗服务往往难以完全分割,或分割成本过高。^③尤其对于失能老年人,其身体状况变化的频率高,而治理体系的分割导致支付主体不同,迫使老年人在养老床位、医疗病床和安宁疗护床位之间频繁转换,难以获得连续性、管理式的医疗与照护服务,不仅不利于医养护一体化全周期健康管理体的构建,还削弱了制度运行效率。

从待遇保障模式的角度,社会福利供给可分为货币福利、实物福利和服务福利三种形式。高效的福利体系应在这三者间实现有机融合与均衡发展,形成供给合力。从国际经验来看,长期护理保险既可以通过市场机制购买专业照护服务,也可以直接向提供非正式照护的亲属发放货币补贴。然而,在国内,“9073”养老服务格局^④的推广普遍强调正式服务福利的主导地位,忽视了现金福利及非正式照护的潜在优势。因此,加强医疗保险与长期护理保险的耦合关系,优化长期护理保险内部不同待遇保障模式,推动服务福利与现金福利的有机结合,不仅能够降低福利供给成本,还能缓解制度碎片化,提升应对老龄化冲击的能力。

人口老龄化兼具现实性与建构性。面对现有福利模式与人口老龄化的不适应甚至矛盾,我们需要主动创新治理模式,积极提高公共政策的应对能力。^⑤构建整合型老龄健康福利治理体系,是将挑战转变为机遇,充分尊重我国照护保障与医疗保障政策实践的宝贵经验,打破照护与医疗服务的传统划分,重塑整体性老龄社会治理体系的本土化探索,是老龄社会治理能力和治理体系现代化的具体方案。

二、理论框架

1958年,威伦斯基和勒博在其著作《工业社会与社会福利》一书中将社会福利作了“补缺型社会福利”和“制度型社会福利”的经典划分,并沿用至今。“补缺型社会福利”主张家庭和市场在福利供给中的重要作用,而“制度型社会福利”则强调政府和国家的责任。^⑥从“补缺型”到“制度普惠型”的社会福利体系转型,离不开政府大量的资源投入,并完善相关法律法规和制度体系。然而面临人口老龄化的冲击,政府有限的财政资源如何满足日益增长的福利需求,如何确保社会福利体系的可持续发展,如何处理好福利刚性和社会稳定之间的关系,都需要创新社会福利治理体系。从“普惠型”迈向“整合型”是中国社会福利体系发展的新思路,也是老龄社会优化资源配置的必然要求。整合型治理理念最初应用于城市规划领域,^⑦后来被

① 曹信邦:《中国失能老人公共长期护理保险制度的构建》,《中国行政管理》2015年第7期。

② He Chen, Jing Ning, "The Impacts of Long-Term Care Insurance on Health Care Utilization and Expenditure: Evidence from China," *Health Policy and Planning*, 2022, 37(6).

③ Stephen Kaye, et al., "Long-Term Care: Who Gets It, Who Provides It, Who Pays, and How Much?" *Health Affairs*, 2010, 29(1).

④ “9073”养老服务格局是指90%的老年人采取居家养老方式;7%的老年人依托社区养老服务(如日间照料等);3%的老年人由机构(如养老院、护理院等)照护。

⑤ 胡湛等:《积极应对人口老龄化的“中国方案”》,《中国社会科学》2022年第9期。

⑥ 彭华民:《论需要为本的中国社会福利转型的目标定位》,《南开学报(哲学社会科学版)》2010年第4期。

⑦ Timothy Chapin, "Introduction: From Growth Controls, to Comprehensive Planning, to Smart Growth: Planning's Emerging Fourth Wave," *Journal of the American Planning Association*, 2012, 78(1).

引入社会治理领域。在公共组织变革方面，英国学者希克斯在 20 世纪 90 年代针对当时英国新公共管理运动导致的权利过度分散和管理碎片化问题，提出整体性治理的理念，强调多个维度的政府协调与整合。^①而在社会福利领域引入“整合”的概念要追溯到 20 世纪 70 年代，由于福利国家危机日益严峻，加强福利体系治理的呼声增高，整合型社会福利被引入实践场域。所谓整合型社会福利是指，摒弃以往按照部门职能为划分方法，以同一社会成员的某种共同需要为基础，在福利制度、福利项目、福利部门和福利类型等多个方面进行整合，对福利体系的内部结构进行优化，最终目标是提高福利体系的运行效率和促进社会公平。景天魁认为，整合型福利体系的构建可以增强福利制度的公平性，制度整合后，福利待遇的转移和接续问题也能迎刃而解，从而适应了流动性，这些关键环节目标的实现，最终促成福利体系的可持续运行。^②

表 1 不同社会福利体系的比较

类型 \ 特征	补缺型社会福利	制度普惠型社会福利	整合型社会福利
责任主体	市场和家庭	各个部门	大福利部门
提供原则	家计审查	部门职能	特定福利需要
覆盖范围	部分公民	全体公民	全体公民
福利成本	有限的成本	开支较大	合理的开支
社会公平	作用较小	促进社会公平	促进社会公平

资料来源：作者自制。

既往文献分析了长期护理保险与医疗保险之间的关系，发现长期护理保险对控制医疗保险基金支出具有积极影响。同时学者们对长期护理保险不同待遇保障模式的优缺点进行了大量分析，这些研究为探索建立长期照护保障制度奠定了坚实基础。但是，首先，现有研究较为忽视长期护理保险和医疗保险的协同效应，以及长期护理保险内部不同待遇保障模式之间的组合优化，研究视角较为分散。其次，关于长期护理保险对医保基金支出影响的研究，未能聚焦实际待遇享受人，可能导致估计有偏，降低了结论的可靠性。最后，针对长期护理保险现金福利的研究目前较为缺乏，尤其是缺少基于中国数据的严谨经验研究，制约了相关理论与实践的深入发展。本文在此基础上，从整合型老龄健康福利体系框架出发，利用双重差分和双向固定效应模型，深入探讨了长期护理保险与医疗保险的协同效应，并探究了长期护理保险内部待遇保障模式的优化组合路径，拓宽了“整合型”社会福利理论的应用场域。本文分析框架见图 1。

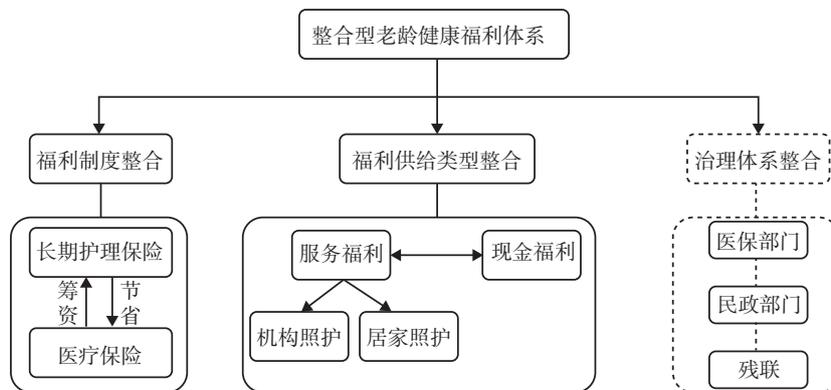


图 1 分析框架

① 参见 Perri D. Leat, et al., *Towards Holistic Government: The New Reform Agenda*, New York, Palgrave, 2002.

② 景天魁：《社会福利发展路径：从制度覆盖到体系整合》，《探索与争鸣》2013 年第 2 期。

三、研究假设与研究设计

(一) 研究假设

文章探讨了在“整合型”老龄健康体系下,长期护理保险和医疗保险的协同效应。从资源配置的视角出发,两种保险不应被视为相互割裂和竞争的关系,而需要基于其广泛的耦合性进行协调。^①长期护理保险分散了失能老年人购买照护服务的财务风险,并提供直接的服务保障,较好地满足了失能人群的照护需求。在缺乏专门照护保障制度时,失能老年人往往通过“社会性住院”行为来弥补照护服务的不足,这不仅导致医疗资源浪费,也加重了医保基金的支出压力。引入长期护理保险后,一方面通过质量较高的正式照护缩短术后康复护理的住院时长,缓解失能老人“压床”现象,减少了医疗服务使用的数量。^②另一方面,照护服务的边际成本显著低于医疗服务,因此也降低了护理服务的单位价格;数量和单位价格的共同减少,降低了医疗保险基金支出并减轻患者经济负担。由此做出如下假设:

假设1:长期护理保险能够减少医疗费用支出、医疗保险基金支出并减轻患者医疗负担。

长期护理保险内部不同待遇保障模式,无论是提供正式的服务福利还是居家现金福利,都有助于减少失能家庭的长期照护现金支出,但是服务保障和现金补偿两种不同类型的保障模式对保险受益人和家庭会产生异质性影响。^③由于机构照护较高的服务质量和较为完善的设施设备,相较于非正式的居家护理模式,能够更有效减少医疗服务的使用需求,从而降低医疗支出和医疗保险基金压力。^④进一步分析认为,由于正式机构照护能够部分满足失能老年人医疗护理需求,特别是在术后康复阶段,患者可直接在护理机构或养老机构进行康复护理,这有助于缩短住院后恢复期的次均住院时长,从而有效缓解“社会性住院”现象。基于此,提出以下假设:

假设2a:相较于居家现金补贴,正式的机构照护更有助于节省住院医疗费用支出。

假设2b:正式的机构照护主要通过缩短次均住院时长节省住院医疗费用支出。

家庭成员因照护失能老人而退出或无法进入劳动力市场,居家现金补贴通过直接现金补助的形式,能够显著缓解失能家庭的经济压力。这种补贴既体现为对家庭照料者劳动付出和情感贡献的认可,又是一种典型的收入效应,有助于激发家庭照料者的积极性。^⑤同时,通过满足失能老年人日常生活照料需求,居家现金补贴能够在一定程度上减少老年人对医疗服务的依赖,从而降低医疗支出。^⑥此外,长期护理保险的正式制度安排还通过规范和引导提升家庭照料的服务质量。例如,对亲属照料者提供技能培训和支持,不仅提高了家庭照护的专业化水平,还改善了失能老年人的生活质量与健康状况。这种健康水平的改善进一步降低了失能老年人的住院需求,从而减少住院次数并节约医疗费用。^⑦基于此,提出以下假设:

① Joan Costa-Font, et al., "Does Long-Term Care Subsidization Reduce Hospital Admissions and Utilization?" *Journal of Health Economics*, 2018, 58; Thomas Rapp, et al., "Are Public Subsidies Effective to Reduce Emergency Care? Evidence from the PLASA Study," *Social Science & Medicine*, 2015, 138.

② 马超等:《长期护理保险、医疗费用控制与价值医疗》,《中国工业经济》2019年第12期;王贞、封进:《长期护理保险对医疗费用的替代效应及不同补偿模式的比较》,《经济学(季刊)》2021年第2期。

③ 封进等:《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》,《管理世界》2023年第8期。

④ Andrea Wysocki, et al., "Long-Term Services and Supports for Older Adults: A Review of Home and Community-Based Services versus Institutional Care," *Journal of Aging & Social Policy*, 2015, 27(3).

⑤ Jochem de Bresser, et al., "Preferences for In-Kind and In-Cash Home Care Insurance," *Journal of Health Economics*, 2022, 84.

⑥ Barbara Da Roit, Blanche Le Bihan, "Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies," *The Milbank Quarterly*, 2010, 88(3).

⑦ Hyuncheol Bryant Kim, Wilfredo Lim, "Going Formal or Informal, Who Cares? The Influence of Public Long-Term Care Insurance," *Health Economics*, 2015, 24(6).

假设 3a: 居家现金补贴同样有助于节省住院医疗费用支出。

假设 3b: 居家现金补贴通过减少住院次数节省住院医疗费用支出。

(二) 数据说明与变量选择

本研究选取浙江省 Y 县作为样本地区进行分析。Y 县位于浙江省西北部, 四面环山, 山地丘陵面积占区域总面积的 86.3%, 平原、水域仅占 13.7%。根据第七次人口普查数据, Y 县常住人口约 45 万人, 其中 60 岁和 65 岁及以上老年人口占总人数的 23.06% 和 16.66%, 老龄化程度显著高于全国和浙江省平均水平。在人口流动和家庭结构上, Y 县受周边大城市虹吸效应的影响, 年轻人口外流严重, 家庭结构趋于小型化和核心化, 这一现象在中国老龄化程度较重地区比较典型。在经济社会发展方面, 截至 2023 年, Y 县人均 GDP 低于浙江省平均水平, 经济水平更接近全国平均水平。在政策层面, Y 县于 2016 年底出台《关于推行长期护理保险制度试点工作的实施意见》, 并于次年 7 月正式启动经办服务。长期护理保险的覆盖范围包括所有参加医疗保险的职工和居民, 保障对象限于通过失能等级评估认定的重度失能人群, 暂时未将轻度和中度失能人群纳入保障。待遇保障模式包括两种: 一是正式机构照护, 按 50 元/床日定额补助; 二是居家现金补贴, 每日享受定额补助 18 元。^① 综合来看, Y 县在自然资源禀赋、老龄化水平和经济社会发展上与全国多数地区面临相似困境, 其长期护理保险政策的主要内容与其他试点地区差异较小。这些特点使得本研究具有较强的代表性。

1. 数据说明与样本获取

本研究利用浙江省 Y 县的数据展开分析, 所用数据由三部分匹配整合而成: ① 2015—2019 年长期护理保险受益人待遇领取数据; ② 住院医疗服务医保结算数据; ③ 长期护理保险失能等级评估数据。通过匹配上述三个数据库, 共获取样本 2943 个, 其中实验组 2530 人, 控制组 413 人。在数据清理过程中, 剔除了年龄小于 60 岁的个体, 最后得到总样本 2213 人, 包括实验组 1869 人, 控制组有 344 人。^② 为克服数据中费用变量因数量级差异可能带来的估计偏误, 本文对所有涉及费用的变量均采用对数形式处理。

2. 变量选择

(1) 被解释变量

本研究选择了五个反映医疗服务利用和费用负担的被解释变量: 住院费用、个人自付支出、医保基金支出、次均住院时长和住院次数。“住院费用”是患者半年内住院产生的总费用; “个人自付支出”是患者半年内住院花费的个人自付部分; “医保基金支出”是患者半年内住院花费的医保基金支出部分; “住院时长”由患者的出院日期减去入院日期得到; “住院次数”由医保结算数据加总得来。

(2) 解释变量

核心解释变量包括三个, 一是实验组指示变量与政策效应发生变量的交叉项。由于数据限制, 本文并未获取没有开展长期护理保险地区的样本作为对照组, 但是 Y 县样本中有部分参保人在失能评估通过后因为继续选择享受原有残疾人福利待遇, 实际并未领取长期护理保险补贴, 可以将这部分人视为对照组。在长期护理保险于 Y 县建立之前, 重度残疾群体主要依靠残疾人护理

① 2023 年 Y 县调整了长期护理保险的待遇享受规定, 新增了正式居家上门照护形式。但由于数据的可获得性, 本文未将此模式纳入研究的分析框架中。居家上门照护也属于正式照护的一种, 在服务供给的主体、制度运行成本和服务质量等维度与正式机构照护存在相似性。因此, 对正式机构照护的研究结论可以一定程度推导至居家上门照护, 不影响文章的整体研究结论。

② 本研究选取 2015—2019 年的数据, 一方面是由于 2020 年及之后受新冠疫情影响, 住院医疗费用数据存在异常波动, 难以反映常态趋势; 另一方面是因为 2015—2019 年覆盖了第一批长期护理保险试点城市在政策实施前后的关键时间段, 该时段的数据能够较为真实地呈现试点前后医疗费用的变化情况, 具有较强的代表性和解释力。

补贴解决照护服务问题。早期大量残疾老年人由于对长期护理保险政策和制度存在认知偏差,担心领取长期护理补贴会导致残疾人配套福利等相关权益丧失。残疾人护理补贴并非孤立的经济补偿,而是与交通优待(如《残疾人保障法》第50条规定的公共交通半价)、税收减免(残疾人个人所得税减征幅度达80%)等形成复合型福利包。实地调研显示,Y县93.6%的残疾人群体会因放弃残疾人补贴而损失至少2项衍生福利,这种制度转换的边际成本(平均每人年损失约2470元)显著抑制残疾老年人选择长期护理保险的意愿,因而面对预期的不确定性,残疾老年人群体继续选择领取具有确定性的残疾人护理补贴。同时残疾人护理补贴相较于长期护理补贴,在待遇水平上存在较大差距,服务质量较差。研究显示,2018年全国绝大多数地区的残疾人护理补贴水平维持在100元左右,远低于长期护理保险待遇的水平。^①因此,本文将此类群体视为对照组。样本中不同个体申请长期护理补贴的时间不一样,实际待遇享受的时间也不一样。因此,本文针对不同样本实际享受待遇的时间生成变量 $post$,当且仅当样本的住院费用结算日期晚于待遇领取开始日期时,才认为长期护理保险政策发生效应,即 $post=1$,反之 $post=0$ 。第二和第三分别是,是否选择居家现金补贴和是否选择正式机构照护,这两个解释变量是根据长期护理保险待遇领取数据库信息得来的,判断受益人选择了哪种长期护理保险待遇保障模式。

(3) 控制变量

本文选取了12个控制变量,涵盖人口统计学信息和健康状况的特征信息。所有变量的具体定义和描述性统计结果见表2。

表2 变量定义表

变量	定义与赋值	最小值	最大值
被解释变量			
住院医疗费用	累计住院治疗花费的医疗费用	35.67	803653.20
医保基金支出	医疗费用中由医保基金支付部分的总金额	20.83	577490.30
个人自付支出	医疗费用中由个人负担的总金额	0	255501.4
住院次数	累计住院次数	1	20
次均住院时长	住院天数	1	180
解释变量			
Treat*Post	Post=1且属于处理组的取1, Post=0且属于控制组或处理组的取0	0	1
是否选择居家现金补贴	受益人选择居家现金补贴为1,通过评估但并未实际领取待遇的为0	0	1
是否选择正式机构照护	受益人选择正式机构照护为1,通过评估但并未实际领取待遇的为0	0	1
控制变量			
年龄	岁	0	101
性别	男性为1,女性为0	0	1
户籍	城镇为1,农村为0	0	1
低保低边群体	低保低收入为1,其他为0	0	1
受教育程度	教育年限	0	15
医保类型	职工基本医保为1,其他为0	0	1
婚姻状况	已婚、同居为1,离婚、丧偶、分居为0	0	1
身体功能能力	ADLs+IADLs,得分越高表明身体功能越健全	0	100
认知功能能力	MMSE,得分越高表明认知功能越健全	0	16

① 殷志芳:《残疾人照护与长期护理保险衔接整合的路径探析》,《残疾人研究》2020年第3期。

变量	定义与赋值	最小值	最大值
慢性病数量	慢性病数量加总	0	6
自评健康	很差 =1、差 =2、一般 =3、好 =4、很好 =5	1	5
一般判断能力	极差 =1、较差 =2、一般 =3、尚可 =4、较好 =5	1	5

(三) 模型设定

本文采用了两个回归模型，一是运用多期双重差分模型 (DID) 分析长期护理保险对医疗服务利用的影响；二是采用双向固定效应模型研究长期护理保险不同待遇保障模式的特点和适用性。

本文将长期护理保险实施后，不同参保人实际享受长期护理保险待遇的时点看作是一个准自然实验，基准回归公式如下：

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 D_{it} + \theta X_{it} + \mu_i + \gamma_t + \varepsilon_{it}$$

其中， Y_{it} 是核心被解释变量，反映个体 i 在时间 t 的医疗服务利用情况； X_{it} 是控制变量； μ_i 为时间固定效应； γ_t 为个人固定效应； ε_{it} 为扰动项。 D_{it} 为解释变量，是组别虚拟变量与时间虚拟变量的交互项。将通过长期护理统一需求评估并实际享受待遇的人设为处理组，通过统一需求评估但实际并未享受待遇的设为控制组。本研究主要关注交互项 β_1 的系数及其正负变化。

在研究长期护理保险待遇受益人选择不同待遇保障模式对医疗费用影响方面，由于研究对象均为实验组中领取长期护理保险金的样本，因而多期双重差分模型并不适用。为了尽可能解决老年人及其家庭选择何种待遇保障模式的内生性问题，本文采用时间和个体双向固定效应模型，控制那些不随时间和个人因素变动的变量的影响。具体而言，模型将个体领取长期护理保险金的时间 $post$ 作为核心解释变量，结合受益人实际选择的待遇保障模式，分析选择不同待遇保障模式所产生的政策效果。本文的双向固定效应模型如下：

$$Y_{it} = \alpha_1 G_{it} + \Phi X_{it} + \lambda_t + \alpha_i + \varepsilon_{it}$$

其中， Y_{it} 是被解释变量，分别表示个体 i 在时间 t 上的医疗服务利用情况。 X_{it} 是控制变量， λ_t 为时间固定效应， α_i 为个体固定效应， ε_{it} 为随机扰动项， G_{it} 为解释变量， α_1 是关注的主要回归系数。

(四) 控制变量的描述性统计分析

图 2 对控制变量的均值进行了描述，可见样本老年人的平均年龄为 81.31 岁。因为老年人失能情况的发生在 80 岁以后呈激增的态势，所以高龄老年人提出长期护理保险给付申请以及领取长期护理保险金的人数较多。从身体和认知功能得分来看，样本中 ADL 和 IADL 得分很低，属于重度失能，认知功能得分 3.71，属于重度失智，总体处于重度失能失智状态。在其他控制变量方面，样本大多数是来自农村的受教育程度较低且已丧偶的女性老年人，他们大多参加城乡居民基本医疗保险且健康状况较差。

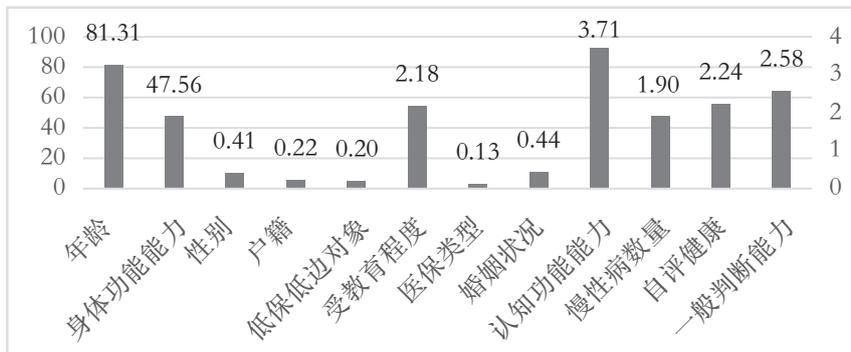


图 2 控制变量均值的描述性统计

四、实证研究结果

(一) 长期护理保险与医疗保险制度整合研究

1. 长期护理保险对医疗服务利用的影响

长期护理保险通过对生活照料和部分医疗护理服务项目的给付,满足了失能老年人的长期照护需求。同时,长期照护服务相较于医疗护理价格更加低廉。通过表3可知,享受了长期护理保险待遇的失能老年人住院总费用显著下降,下降幅度约为19.8%。这表明,享受长期护理保险待遇的失能老年人较未领取补贴的同类群体,医疗服务的使用显著减少。住院医疗费用的节省带来了医保基金支出的减少。在控制了时间和个体固定效应后,实际领取长期护理保险补贴使得医保基金支出降低了24.3%,同样在1%的水平上显著。医保基金支出下降的幅度大于医疗费用的下降幅度。长期护理保险也使得个人医疗自付支出下降了17.7%,同样在1%的水平上显著。实证结果充分表明,长期护理保险制度的实施显著降低了医保基金和个人医疗支出的压力,证明了长期护理保险与医疗保险的协调效应。因此,从制度层面的经济理性看,长期护理保险的引入,通过降低老年人的住院医疗费用从而更大程度上节省了医保基金的支出,为构建整合型老龄健康福利体系提供了证据。

表3 长期护理保险与医疗保险制度整合的实证分析

变量	住院医疗费用	医保基金支出	个人自付支出
treat*post	-0.198*** (0.047)	-0.243*** (0.048)	-0.177*** (0.043)
控制变量	是	是	是
个人固定效应	是	是	是
年份固定效应	是	是	是
观察值	5676	5676	5676

注: 1.*P<0.1, **P<0.05, ***P<0.01。2. 括号内为稳健标准误。下表同。

2. 长期护理保险与医疗保险制度运行成本收益分析

在“整合型”老龄健康福利体系框架下,医疗保险和长期护理保险的整体制度效用应综合考量,本文对两个保险制度运行进行了成本-收益分析。长期护理保险制度的成本主要包括保险金支付与管理费用,而制度带来的收益包括医疗费用和医保基金支出的节省,还包括医疗资源优化配置、保险受益人健康水平提升以及居家照护者劳动力释放等方面,但这些收益难以量化,因此本研究仅考虑政策所节省的医疗费用。

长期护理保险的总成本:

$$C_{LTCI} = C_{\text{给付}} + C_{\text{管理}}$$

长期护理保险带来的医保基金节省:

$$S_{LTCI} = N \times \Delta M$$

其中, N 是长期护理保险受益总人数, ΔM 是平均每位受益人医疗费用下降金额。在长期护理保险支出方面,主要包括保险金给付和管理费用两个部分。第一,保险金给付涵盖了Y县长期护理保险制度自2017年7月实施至2019年底期间支付的所有待遇金额,其中居家现金补贴为1350万元,机构照护给付为257万元,总计1607万元。第二,基金的管理成本按照商业保险公司经办长期护理保险基金的5%计算。截至2019年底,基金使用率为82.1%,因此管理成本大约为98万元,总成本共计1705万元。关于长期护理保险带来的医疗费用节省,根据实

证估计结果，保险受益人的医疗费用相比未受益人下降了 19.8%。结合实际医疗费用支付数据，计算可得平均每个长期护理保险受益人每半年的医疗费用下降了 5031 元。因此，从 2017 年 7 月至 2019 年底，长期护理保险累计节约了医疗费用 6465 万元，远高于其实际成本 1705 万元。即每投入 1 元长期护理保险金给付，可节约医疗费用 3.8 元。可见，长期护理保险和医疗保险之间存在着紧密的耦合关系，两者不是简单的资源竞争关系。

综上，本文证实了假设 1，即长期护理保险能够减少医疗费用支出、医疗保险基金支出并减轻患者医疗费用负担。

（二）长期护理保险不同待遇保障模式的优化组合研究

1. 不同待遇保障模式对住院医疗费用的影响

长期护理保险在降低医保基金支出和医疗花费方面发挥了重要作用。本文进一步研究了长期护理保险内部不同待遇保障模式对住院医疗费用的边际替代率。实证结果如表 4 所示，选择正式机构照护的长期护理保险待遇受益人，其待遇每增加 1%，住院医疗费用下降 3.8%，在控制了时间和个体固定效应后，结果在 5% 的水平上显著。而选择领取居家现金补贴的长期护理保险受益人，其待遇每增加 1%，住院医疗费用显著下降 3.1%。实证结果说明，不论是选择何种待遇保障模式，长期护理保险均能显著降低住院医疗费用，但是在下降幅度上，正式机构照护的系数绝对值略大于居家现金补贴，说明正式机构照护对住院医疗服务的替代性更强。因此，本文验证了假设 2a，即相较于居家现金补贴，正式机构照护更有助于节省住院医疗费用支出。然而居家现金补贴的模式在控制住院医疗费用上的作用同样显著，其边际替代率仅比正式机构照护低 0.7%。假设 3a 得到证实，即居家现金补贴同样有助于节省住院医疗费用支出。值得注意的是，尽管两种保障模式均能节省住院医疗费用，但居家现金补贴的成本显著低于正式机构照护。根据 Y 县长期护理保险的待遇享受规定，制度实施初期，入住定点养老机构享受长期护理的每月补助约 1500 元，而享受居家现金补贴每月定额补助约 540 元，运行成本约为正式机构照护的 1/3。因此要从制度运行成本的角度肯定非正式现金福利的价值。

表 4 长期护理保险进行福利类型整合的实证分析

	住院医疗费用	住院医疗费用
机构待遇给付	-0.038** (0.018)	-
居家现金补贴	-	-0.031*** (0.006)
控制变量	是	是
个人固定效应	是	是
年份固定效应	是	是
观察值	612	4661

2. 不同待遇保障模式对住院医疗费用影响的机制分析

由于住院医疗费用的变化主要受住院次数和次均住院时长的影响，本文对比了选择不同长期护理保险待遇保障模式的受益人在长期护理保险实施前后，住院次数和次均住院时长的变化，实证结果见表 5。选择正式机构照护的受益人次均住院时长显著下降，较政策实施前减少了约 4.36 天。享受居家现金补贴的受益人在次均住院时长上未发生显著变化。这个差异可能源于，相比非正式护理，正式机构照护服务更加专业，尤其是在服务难度更高的医疗护理方面质量较

好,因此能在一定程度上替代术后恢复期、稳定期的医疗护理服务。在住院次数方面,选择正式机构照护的受益人未表现出显著变化,这可能是因为正式机构照护的服务质量与长期护理保险政策并无直接关联,即有无长期护理保险都不影响正式机构照护的质量,从而对住院次数的影响较小。因此,实证结果证实了假设 2b,即正式机构照护主要通过缩短次均住院时长节省住院医疗费用支出。

居家现金补贴模式则显著减少了受益人的住院次数,下降幅度高达 19.9% 且在 1% 的水平上显著。这个结果可能是因为长期护理保险通过直接现金给付,极大激励了家庭照料者的积极性,从而提高了照护质量,延缓了失能老年人的身体衰老速度和健康资本存量的折旧速度。此外,从 Y 县的长期护理保险试点实践来看,享受居家护理补贴的老年人,其家庭照护者必须接受正式照护培训,从而有效提高了居家护理的服务质量。上述证实了假设 3b,即居家现金补贴模式通过减少住院次数节省住院医疗费用支出。

表 5 长期护理保险不同待遇保障模式对住院费用影响的机制分析

解释变量	次均住院时长		住院次数	
	居家现金补贴	正式机构照护	居家现金补贴	正式机构照护
post	-1.209	-4.358 ^{***}	-0.199 ^{***}	-0.119
控制变量	是	是	是	是
个人固定效应	是	是	是	是
年份固定效应	是	是	是	是
观察值	4661	612	4661	612

(三) 稳健性检验

1. “平行趋势假定”检验

采用双重差分模型的一个重要前提是实验组与控制组在政策未实施之前满足平行趋势的要求,即政策发生前各时点不显著,但政策发生后各时点显著,表明实验组与控制组具有平行趋势。从表 6 可见,长期护理保险实施前交叉项 $Treat*Post$ 均不显著,但政策发生后均显著,通过平行趋势检验。

表 6 “平行趋势假定”验证

变量名	半年总费用	半年住院次数	次均住院时长
Treat*Postd_1	-0.013	0.104	-0.985
Treat*Postd_2	0.158	0.021	0.105
Treat*Post d1	-0.214 ^{***}	-0.201 ^{***}	-1.627 ^{***}
Treat*Post d2	-0.116 ^{**}	-0.158 ^{**}	-1.223 [*]
控制变量	是	是	是
个人固定效应	是	是	是
年份固定效应	是	是	是
观察值	5676	5676	5676

2. 安慰剂检验

由于现实社会的复杂性,尽管学者们采取了平行趋势的方法对双重差分模型的回归结果进行稳健性检验,但微观个体的行为还可能受到许多其他不可观测因素的影响。安慰剂检验利用反事实框架,构建虚拟的政策时间,观察政策效应在虚拟的政策时间下是否依然存在。安慰剂检验的结果如图 3、图 4 和图 5 所示,结果表明通过安慰剂检验。

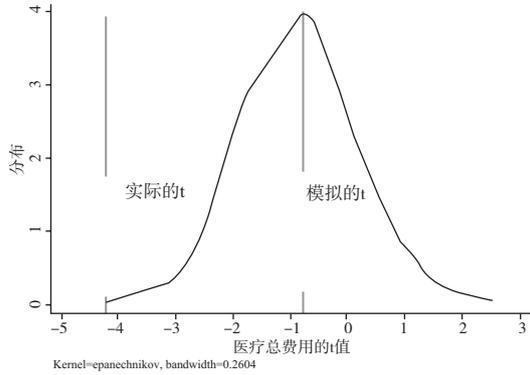


图3 医疗总费用的安慰剂检验

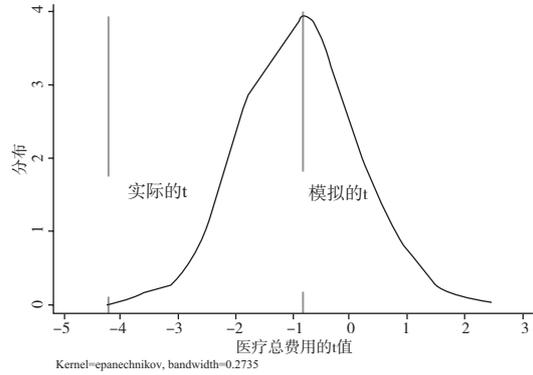


图4 住院次数的安慰剂检验

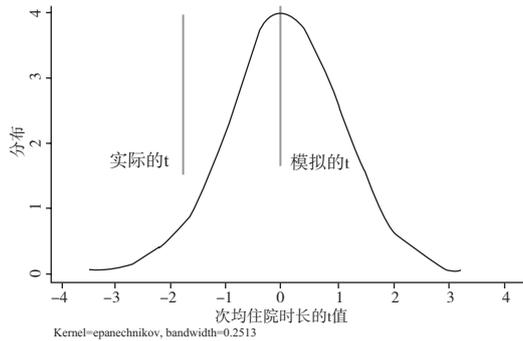


图5 次均住院时长的安慰剂检验

五、对长期护理保险居家现金补贴模式的进一步讨论

本文从构建整合型老龄健康福利体系的视角出发，论证了居家现金补贴模式对于促进长期护理保险与医疗保险协同的重要意义，居家现金补贴凭借更低的制度运行成本，降低了医疗费用的发生，节省了医保基金。从社会福利供给的角度，现金福利是与实物福利和服务福利并列的社会福利供给的三大形式之一，从国际上长期护理保险先发国家实践经验的角度，居家现金补贴模式是其至关重要的制度组成部分。^①

在理论上，长期护理保险的核心功能在于分散失能老年人购买照护服务的财务风险，实现个人风险的社会化分摊。居家现金补贴作为长期护理保险的一种给付形态，实质上构建了“委托-代理”关系的市场契约。失能老人作为委托人，通过保险金给付向亲属照料者购买照护服务，在此过程中，货币流向的二元分离特征显著。待遇享受主体（失能老人）与服务供给主体（亲属照料者）通过契约化支付机制形成市场交易关系，市场机制在其中发挥资源配置和交易达成的作用。长期护理保险居家现金补贴模式有效规避了传统家庭照料的情感负债困境，使家庭护理从道德义务转化为受规制、可量化的市场行为，这一制度模式对完善我国长期护理服务供给体系具有重要价值。

在实践上，长期护理保险居家现金补贴模式有其存在的现实性、必要性和价值性。从经济理性的角度，居家现金补贴模式的制度成本低。以文中提到的浙江省Y县为例，每月540元的基金支出成本仅为正式机构照护成本的约1/3，但从减少医疗费用开支和节省医保基金的角度，两种待

① Barbara Da Roit, et al., "Long-Term Care Policies in Italy, Austria and France: Variations in Cash-for-Care Schemes," *Social Policy & Administration*, 2007, 41(6).

遇保障模式带来的制度效益却相差不大,正式机构照护使失能老年人医疗费用下降3.8%,而居家现金补贴使失能老年人医疗费用下降3.1%。从国外实践的角度看,欧洲许多国家正是在长期护理保险运行成本不断高涨的背景下,持续扩大了非正式护理的覆盖范围,目的就是提高制度运行效率和对抗不断上涨的运行成本。^①将家庭照料者纳入正式的长期护理服务供给体系与通过市场机制购买家庭照护服务的做法,在欧洲国家被认为有助于促进护理关系的正规化和护理市场的建立。^②

从现实理性的角度,长期护理保险的待遇保障模式在不同的情境下各有优势,实物福利、服务福利与现金福利理应是动态统一、取长补短的关系。不论是“9073”或“9064”的养老服务格局,均人为区隔了长期护理保险内部不同的待遇保障模式,将它们之间关系简单理解为替代关系,这既与目前相对薄弱的长期照护产业基础不相适应,也忽视了在广大乡村、偏远山区和海岛开展居家上门护理的现实条件和高昂成本。根据《中国民政统计年鉴(2020)》的数据,2019年全国城市地区养老福利院有21089家,乡村地区有15932家,城市养老床位数为302.9万张,乡村为164.5万张。而同期乡村的老龄化水平明显高于城镇,乡村60周岁及以上、65周岁及以上老年人口占乡村总人口的比重分别比城镇同一指标高出7.99和6.61个百分点。^③居家现金补贴模式由于可操作性强,制度运行成本低以及发挥了家庭作为保障失能老年人生活第一道防线的关键作用,对中国当前快速推广长期照护制度,构建公平、普惠的城乡养老服务体系至关重要。

从价值理性的角度,居家现金补贴模式是一种制度化的家庭照料补偿机制,是对在家中照料失能老年人亲属的一种经济补偿。相当比例的失能老人基于情感依赖或文化惯性更倾向于亲属照护,而家庭照料者往往陷入哺育-赡养等传统孝道伦理约束与内生性经济补偿需求的双重困境。这种方式未能实现家庭照料责任的社会化分担,是对提供非正式照料的个人及家庭付出的漠视。中国健康与养老追踪调查(CHARLS)2020年的调查结果显示,超过95%的失能或半失能老人由家庭成员照料,且未获得系统性支持。^④因此将居家现金补贴作为待遇保障的补充制度纳入长期护理保险制度框架,既符合福利多元主义理论下“家庭-国家”责任共担原则,符合长期护理保险分担家庭照料责任的价值规律,也同样符合强调个人选择公共服务自由的权利。

长期护理保险居家现金补贴模式的未来,必须旗帜鲜明地反对将其往泛福利化方向发展。尤其需与养老保险形成制度性区隔,不能将其简单操作成养老金发放。而是应通过建立标准化的亲属照护准入机制实现专业化转型,由第三方护理机构对家庭照护者实施系统化培训与动态监管,要求其通过养老护理员职业资格和长期照护师认证后方可纳入给付体系,以此构建服务标准统一、质量可追溯的正式照护服务网络。同样,本文也不主张将居家现金补贴模式作为长期护理保险待遇的核心保障路径,而应将其定位于制度初建期和服务可及性薄弱地区的补充性制度安排。在长期照护产业基础薄弱和偏远区域(如山区、海岛等),例如本研究中的Y县,当居家上门护理的边际成本大于现金补贴的边际成本时,可将居家现金补贴作为机构和社区护理的有效替代方案,最终形成“家庭-社区-机构”三位一体的梯度化保障格局,该定位既符合《“十四五”国家老龄事业发展规划》提出的差异化供给原则,也与韩国等国家将现金给付限定于服务覆盖盲区的国际经验相契合。

① Barbara Da Roit, Blanche Le Bihan, "Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies," *The Milbank Quarterly*, 2010, 88(3).

② Blanche Le Bihan, et al., "The Turn to Optional Familialism through the Market: Long-Term Care, Cash-for-Care, and Caregiving Policies in Europe," *Social Policy & Administration*, 2019, 53(4).

③ 《2020年度国家老龄事业发展规划公报》,国家卫生健康委官网:<https://www.nhc.gov.cn/ljks/c100157/202110/b365898ae-2a4406d91e1b1ecd10ca911.shtml>,2021年10月15日。

④ 《发展长期护理保险 加强养老服务保障》,财政部官网:http://sd.mof.gov.cn/zt/dcyj/202304/t20230403_3876941.htm,2023年3月31日。

六、构建“整合型”的老龄健康福利体系

日益加速的人口老龄化冲击着现有的社会福利体系，并由此引发了新的福利治理困境。文章从“整合型”社会福利理论出发，利用实证研究方法探讨了长期护理保险和医疗保险的协同效应，并关注了长期护理保险内部不同待遇保障模式的优化组合对促进两保协同的积极意义。与此同时，本文在理论层面构建了整合型老龄健康福利体系框架，并利用实证方法论证了建设该体系的可行性，增强了理论的现实意义。研究发现：第一，长期护理保险节约了住院医疗费用开支，节省了医保基金支出，降低了患者经济负担。通过成本收益测算，长期护理保险每投入1元，能够节约医疗费用3.8元。可见长期护理保险与基本医疗保险之间存在着良性的互动和协调效应，这对构建整合型老龄健康福利制度提供了可行性证据。第二，长期护理保险的不同待遇保障模式存在优化空间，与居家现金补贴相比，正式机构照护对住院医疗费用的边际替代效果更为显著。但居家现金补贴模式凭借较低的制度运行成本，在降低住院医疗费用方面同样显著有效。最后，机制分析揭示了正式机构照护和居家现金补贴模式的不同路径，正式机构照护通过缩短次均住院时长有效节省医疗费用，缓解了“社会性住院”问题；而居家现金补贴则通过提高家庭照护质量，有效减少了住院次数。

研究结论蕴含着以下政策启示：第一，从疾病救治到术后康复再到长期照护的全生命周期健康管理，需要依托整合型老龄健康福利体系。对于重度失能阶段的老年人，医疗护理与生活照料难以完全分割。将两者割裂不仅不利于失能人群的健康维护，还会降低制度的协同效应，导致资源浪费，并可能出现福利叠加或福利缺失的问题。荷兰于1968年率先在全球引入了全民强制性公共长期护理保险，官方名称为《特殊医疗费用法案》（AWBZ），涵盖养老院护理以及部分特殊人群的住院治疗。在保险管理、业务经办和风险控制等方面由医疗保险公司管理。本文建议构建符合中国国情的老龄健康福利体系，即“大医保、小长护”，重点实现“管理体系统一”“资金筹集统一”“信息系统统一”“医疗护理统一”“保障对象统一”的“五统一”。一方面可以更好满足失能失智老年群体的长期照护和健康需求，另一方面有助于提高制度耦合性，增强制度运行效率。

第二，整合型老龄健康福利体系的构建需要制度体系、服务体系和治理体系的整合。本文重点关注了在长期护理保险和医疗保险制度层面与在长期护理保险内部服务供给类型层面的协同效应，初步证明了构建整合型老龄健康福利体系的必要性和可行性。然而，无论是进行制度整合还是服务供给整合，均存在着张力，其中最大的阻碍在于碎片化的治理体系，不同的福利服务项目分属不同的政府部门主管。未来，要实现医养护一体的大健康发展格局，需要促成涉及老龄健康领域的多部门整合，发挥治理共同体的作用，^①因为长期照护体系是一个多部门参与的多目标复杂系统。^②医保、卫健、民政、残联等部门或社会团体间的制度、机构分设造成的利益冲突和信息孤岛都极大影响老龄社会的福利供给体系整合，最终损害福利制度的效率和公平。

本文的边际学术贡献在于，第一，在理论层面，运用整合型老龄健康福利体系的分析框架，探讨了在老龄化成为中国社会发展新常态的背景下，通过老龄健康保障的制度体系进行整体福利治理的紧迫性和可行性，增强了整合型社会福利的应用能力，扩展了理论应用的实践场域。第二，基于长期护理保险待遇享受者的医保结算数据，评估了长期护理保险和医疗保险的协同关系，克服了以往利用公开数据库，研究对象是长期护理保险参保人而非实际待遇享受人的估

① 胡湛等：《积极应对人口老龄化的“中国方案”》，《中国社会科学》2022年第9期。

② 杨团：《中国长期照护的政策选择》，《中国社会科学》2016年第11期。

计结果偏误问题。第三，对长期护理保险的居家现金补贴模式进行了实证研究，充分证明了其存在的意义和价值，还在更深层面彰显了其对于构建公平可及、城乡均衡的养老服务供给体系的重要意义。第四，明确了正式机构照护和居家现金补贴对医疗费用影响的机制，为长期护理保险待遇保障模式的优化提供了政策路径。

A Study on the Synergistic Effects of Long-Term Care Insurance and Medical Insurance: Building an Integrated Elderly Health and Welfare System

Liu Xiaoting

(School of Public Affairs, Zhejiang University, Hangzhou 310058, China)

Abstract: Building an integrated elderly health and welfare system is a vital approach to meeting the full-cycle care needs of older adults and enhancing internal coordination across welfare institutions. Based on settlement data from long-term care insurance (LTCI) and medical insurance systems in Y County, Zhejiang Province, this study investigates the synergistic effects between LTCI and medical insurance, as well as the optimization of two LTCI benefit models: institutional care and home-based cash subsidies. The findings show: (1) LTCI significantly reduces total medical expenses, medical insurance fund expenditures, and individuals' out-of-pocket costs. (2) Under different LTCI benefit models, institutional care and home-based cash subsidies reduce medical expenses by 3.8% and 3.1%, respectively, with the latter incurring lower administrative costs. (3) Mechanism analysis reveals that institutional care reduces medical spending by shortening the average length of hospital stays, while home-based subsidies do so by lowering the frequency of hospital admissions. This study provides new practical insights for improving China's integrated health and welfare system for the elderly.

Keywords: integrated elderly health and welfare system; long-term care insurance; medical insurance; benefit provision models

(责任编辑: 郭 林)