

摘要

东北三省长期护理保险制度问题研究

中国人口老龄化程度不断加深伴随着高龄化和失能化，东北三省尤为严峻。七普数据显示，辽宁、吉林和黑龙江 60 岁及以上老年人口占总人口的比重分别是 25.72%、23.06%和 23.22%，均高于全国水平。在国家政策引导下，东北三省积极开展长期护理保险制度试点，在制度化应对失能老人照护需求方面探索积累了宝贵的地方经验。但实践中仍然面临制度覆盖碎片化、保障水平低、基金可持续性差等问题，需要进一步拓展研究以促进制度优化与完善。

本文以东北三省长期护理保险制度为研究对象，在系统梳理国内外相关文献的基础上，以制度变迁理论为依据展开分析。具体来说，本文以制度供求一均衡为理论分析框架，选取东北三省四个试点城市作为案例城市，通过目的性抽样对案例城市中四家不同性质的长期护理保险定点养老机构进行个案研究，对机构失能老年人，机构管理者、护理人员、医护人员以及医保局工作人员进行半结构化深度访谈，全面了解长期护理保险受益者、供给者、运营者的真实感受及其行为选择，综合把握制度试点保障范围、服务供给、筹资及监管等方面的现实情况，从而归纳东北三省长期护理保险制度试点的区域性特征和共性问题。

研究结果显示，长期护理保险制度试点仍面临多重问题。一是覆盖范围窄，失能评估标准不一，待遇给付条件严苛；二是供给内容单一，机构向居家社区递送服务困难，护理人员供给水平不足；三是资金来源单一，支付水平低；四是监管机制不健全，扶持政策模糊，落地落实困难。本文认为，这种长期护理保险制度非均衡状况受强制性变迁模式局限、高昂制度变迁创新成本、路径依赖及意识形态等因素的综合影响。为根本性解决制度非均衡矛盾，促进供需精准衔接，本文提出如下对策，即逐步扩大参保范围，统一失能评估标准；按需丰富服务供给内容，积极推进居家护理服务；探索合理筹资机制，拓宽筹资渠道；制定科学护理等级，待遇支付体现适度原则等，为东北三省长期护理保险制度试点提供思路，为长期护理保险制度的全面建立提供智力支持。

关键词：

长期护理保险制度，制度非均衡，制度变迁，东北三省

Abstract

Study on Long-term Care Insurance System in Three Northeastern Provinces

China's population is ageing rapidly, accompanied by loss of capability and higher life expectancy, especially in the Northeast. Based on data from the 7th National Census, the proportion of population aged 60 and above in the total population in Liaoning Province reached 25.72%, 23.06% in Jilin Province and 23.22% in Heilongjiang Province, all above the national level. In order to systematically respond to the care needs of the disabled elderly and the high cost of care, the three northeastern provinces have actively launched a pilot long-term care insurance (LTCI) system, which has accumulated valuable local experience after years of exploration. However, the problems of system fragmentation, low level of protection, and poor fund sustainability are still prominent, which need further system optimization and improvement.

This paper takes the LTCI system in three northeastern provinces as the research object. Based on a systematic review of relevant domestic and foreign literature, the analysis is carried out based on the theory of institutional change. Specifically, this study adopts the theoretical analysis framework of institutional supply and demand-equilibrium from the view of institutional change, adopts the case study method to investigate the feelings and behavioral choices of LTCI beneficiaries, providers, and operators, and grasps the realities of the pilot schemes in terms of coverage, service supply, treatment payment, and regulatory mechanism, so as to summarize the regional characteristics and common problems of the pilot schemes. In this study, we selected four pilot cities in three northeastern provinces as case cities, which with deeply aging populations, significant needs for disability care, and relatively low levels of economic development, and selected four designated elderly care institutions of different nature through purposive sampling. Semi-structured

in-depth interviews were then conducted with institutionalized elderly with disabilities, managers, nursing staff, medical and nursing staff, and health insurance bureau staff.

The research results show that there are still a series of problems in the pilot LTCI. First, the scope of coverage is narrow, the criteria for disability assessment vary, and the conditions for treatment payment are harsh; second, the single supply content, the difficulties in delivering services from institutions to the home community, and the supply level of caregivers is insufficient; third, the funding source is single and the payment level is low; fourth, the regulatory mechanism is not sound, the supporting policies are vague, and it is difficult to implement on the ground. On the basis of the theory of institutional change, this study argues that the reason for this unbalanced situation is that the LTCI system is constrained by the limitations of the mandatory institutional change model, the high cost of institutional change and innovation, path dependence and ideology.

Therefore, in order to fundamentally solve the unbalanced contradiction of the system and promote the precise connection between supply and demand, this paper puts forward the following suggestions: gradually expand the scope of insurance coverage, unify the criteria of disability assessment; enrich the content of service supply according to needs and actively promote home care services; explore a reasonable funding mechanism and broaden the funding channels; develop scientific care levels and reflect the principle of moderation in treatment payment. It is expected to provide ideas for the pilot LTCI system in the three northeastern provinces and provide intellectual support for the full establishment of the LTCI system.

Keywords:

long-term care insurance system(LTCI), system disequilibrium, system change, three northeastern provinces

目 录

第 1 章 绪论	1
1.1 研究背景与研究意义	1
1.1.1 研究背景	1
1.1.2 研究意义	3
1.2 文献综述	3
1.2.1 长期护理保险制度试点相关研究	4
1.2.2 长期护理保险制度优化相关研究	5
1.2.3 文献述评	8
1.3 研究方法与研究思路	9
1.3.1 研究方法	9
1.3.2 研究思路	10
第 2 章 概念界定与理论基础	13
2.1 概念界定	13
2.1.1 长期护理保险	13
2.1.2 长期护理保险制度	13
2.2 理论基础	14
2.2.1 制度变迁理论	14
2.2.2 制度需求—供给理论	15
2.2.3 制度均衡和非均衡理论	15
2.3 理论分析框架	16

第3章 长期护理保险制度建立与演进	19
3.1 长期护理保险制度变迁的过程	19
3.1.1 萌芽探索阶段（2012-2015 年）	19
3.1.2 初步试点阶段（2016-2019 年）	20
3.1.3 扩大试点阶段（2020 年至今）	21
3.2 东北三省长期护理保险制度试点演变	24
3.2.1 自主试点阶段	24
3.2.2 重点试点阶段	25
3.2.3 延伸试点阶段	25
第4章 东北三省长期护理保险制度现状分析	27
4.1 案例说明	27
4.1.1 案例选取过程	27
4.1.2 案例介绍	30
4.2 长期护理保险制度需求分析	32
4.2.1 宏观层面：老龄社会需要规范高效的制度保障	32
4.2.2 微观层面：失能老人期望优质可付的照护服务	34
4.3 长期护理保险制度供给分析	36
4.3.1 长期护理保险政策共性	36
4.3.2 长期护理保险供给现状	37
第5章 东北三省长期护理保险制度非均衡分析	47
5.1 长期护理保险制度非均衡的表现	47
5.1.1 保障水平无法满足照护需求	47

5.1.2 制度试点碎片化严重	47
5.1.3 多元主体协调机制尚未建立	48
5.1.4 制度整体运行效率低下	48
5.2 长期护理保险制度非均衡的成因分析	48
5.2.1 强制性制度变迁方式制约	49
5.2.2 高昂制度创新成本制约	49
5.2.3 路径依赖制约	50
5.2.4 意识形态制约	51
第6章 东北三省长期护理保险制度优化的设计与路径	53
6.1 宏观设计：长期护理保险制度优化的政策建议	53
6.1.1 探索多层次制度变迁方式	53
6.1.2 开源节流降低制度变迁成本	54
6.1.3 突破路径依赖束缚	54
6.1.4 营造积极社会舆论氛围	56
6.2 微观操作：长期护理保险制度优化的具体路径	57
6.2.1 保障范围：逐步扩大参保群体	57
6.2.2 服务供给：按需丰富服务供给	57
6.2.3 经济补偿：探索合理筹资机制	58
6.2.4 配套制度：健全服务监管体系	58
第7章 结论与展望	61
7.1 研究结论与不足	61
7.2 研究展望	62

参考文献	65
附录	73
作者简介	75
致谢	77

第1章 绪论

长期护理保险制度能为日益严峻的失能护理问题提供制度化解解决方案,是我国积极应对人口老龄化的重要举措。本文重点关注老龄照护问题显著的东北三省制度试点供需矛盾现象,为更加清晰地展现本文论证,绪论部分首先介绍研究背景,明确研究的重要理论、现实意义。其次从制度试点和制度优化两方面梳理国内外现有文献,为后续研究提供理论支撑。最后介绍整篇文章的研究方法和结构安排。

1.1 研究背景与研究意义

1.1.1 研究背景

中国自步入老龄化社会以来,老龄化程度不断加深,速度持续加快。据第七次全国人口普查数据显示,我国60岁及以上人口达到26402万人,占总人口的18.70%,其中65岁及以上人口为19064万人,占总人口的13.50%^[1]。与其他国家相比,老龄化程度加深且伴随空巢化、高龄化和失能化的现象在我国尤为突出。一项北京大学的研究显示,2020年我国失能老年人口达到5271万,预计到2030年,失能老年人口在总失能人口中的占比将超过57%,总数将超过7765.68万^[2]。失能老人迫切需要持续性的医疗护理和生活照料。当下,受家庭规模小型化与女性就业率提高的双重影响,家庭传统照料功能削弱已成为不争的事实。如何应对失能老人急剧增长的护理需求和由此产生的高额护理费用,成为亟待解决的现实问题。

基于国民迫切需求与期望,在充分借鉴典型国家经验后,我国开始了长期护理保险制度的试点探索(以下简称“长护险”)。自2012年起部分城市如青岛、长春、南通、上海开始自发试点,为国家层面的顶层设计积累宝贵经验。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》

^[1] 2020年第七次全国人口普查主要数据,国务院第七次全国人口普查领导小组办公室编[EB/OL]. http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/202105/t20210510_1817176.html.

^[2] Luo, Y.; Su, B.; Zheng, X. Trends and Challenges for Population and Health During Population Aging - China, 2015-2050. China Cdc Weekly 2021, 3, 593-+.

（人社厅发〔2016〕80号），决定在长春、齐齐哈尔、成都等15个城市开启国家层面的第一次试点^[1]。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），在全国新增盘锦、天津等14个城市进行扩大试点^[2]。截至目前我国长期护理保险在构建制度框架、运行机制等方面已取得初步成效。

东北三省的人口老龄化速度高于全国，60岁及以上人口占总人口的比重、变动幅度都大于全国数据，养老形势较为严峻。七普数据显示，黑龙江省、吉林省、辽宁省60岁及以上人口占总人口的比重分别为23.22%、23.06%和25.72%，较六普数据上升10.19、9.85和10.29个百分点，老龄化程度较高，失能照护需求显著。而经济发展水平方面，作为老工业基地的代表，东北三省长期依赖资源型产业和重工业，随着产业结构转型、资源枯竭和要素边际报酬递减，经济发展明显滞后，面临就业结构性困境，社会保险征缴压力增大。2021年黑龙江省的人均GDP为47199元，吉林省55148元，辽宁省64992元^[3]，远低于全国平均标准，人均可支配收入较少，家庭及社会照护负担沉重。另外在社会保障方面，东北三省的基本医疗保险基金收支水平相对较低，医疗保障能力不足，难以有效应对日益增长的护理需求。2020年黑龙江省共有876.4万人参保职工基本医疗保险，基金支出284.1亿元。城乡居民基本医疗保险参保人员1950.6万，基金收入175.6亿元，支出130.6亿元；吉林省城镇职工基本医疗保险参保人员529.8万人，基金支出156.2亿元。城乡居民基本医疗保险参保人员1932.1万人，基金收入159.9亿元，支出117.6亿元；辽宁省城镇职工基本医疗保险参保人员1588.4万人，基金支出474.6亿元。城乡居民基本医疗保险参保人员2279.1万人，基金收入213.6亿元，支出152.3亿元^{[4][5]}。综上所述东北三省急需长期护理保险制度的补贴和照护保障体系的服务供给。

面对日益深化的老龄化和失能化社会风险，长期护理保险制度试点能为失能

[1] 中华人民共和国中央人民政府. 人力资源社会保障部办公厅关于开展长期护理保险制度试点的指导意见[EB/OL]. http://www.gov.cn/xinwen/2016-07/08/content_5089283.htm.

[2] 中华人民共和国中央人民政府. 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[EB/OL]. http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/05/content_5557630.htm.

[3] 国家统计局. 年度数据[EB/OL]. <https://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>.

[4] 搜狐网. 智研年榜:2020年中国各地区城乡居民基本医疗保险参保人数排行榜单TOP31[EB/OL]. <https://www.chyxx.com/top/202112/990419.html>.

[5] 搜狐网. 智研年榜:2020年中国各地区职工基本医疗保险参保人数排行榜单TOP31[EB/OL]. <https://www.chyxx.com/top/202112/990811.html>.

护理问题提供制度化的解决方案,填补社会保障体系空白。但从目前东北三省试点情况来看,覆盖范围窄、给付水平低、资金来源单一、监管机制不健全、制度碎片化等一系列问题不仅没有随着试点扩面和制度运行得到改善,反而愈演愈烈。因此本文基于制度变迁理论框架,深入探究东北三省长期护理保险制度试点中存在的供需矛盾及其问题根源,以期为进一步优化本区域试点实践、推动全国范围全面建制提供智力支持和有益参考。

1.1.2 研究意义

(一) 理论意义

当前学者们对长期护理保险制度的关注主要集中在制度模式的选择、制度试点实践情况、国内外制度经验借鉴与比较等方面,对于系统分析长护险制度变迁这一领域存在一定空白。本文从制度供求—均衡理论框架分析东北三省长护险的制度变迁过程,一方面能够为挖掘制度试点过程中存在的问题提供新的分析思路,为制度发展提供新的理论视角,深化长护险制度的理论研究。另一方面,能够促进制度变迁理论与长护险制度研究有机结合,丰富制度变迁理论在长护险制度研究中的具体实践。

(二) 实践意义

本文作者就读于吉林大学,获取东北三省长护险制度相关情况的一手资料较为便利,使研究具有可行性。本文通过研究东北三省制度试点的供求现状及非均衡原因,提出制度顶层设计的优化建议,能够帮助决策者在已有经验和共识的基础上完善相关政策,对推动所在区域的制度运行及未来发展具有现实意义。

1.2 文献综述

我国探索建立长期护理保险制度的过程大致分为三个阶段,即2012-2015年地方萌芽探索阶段,2016-2019年初步试点阶段和2020年至今的扩大试点阶段。国内学者紧跟制度试点步伐,对长期护理保险制度变化过程、各发展阶段的制度试点实践、实施效果、存在的问题及不足等方面进行了充分详实的理论与实证研究,并就制度发展方向、制度优化路径提出相关对策建议,为后续研究奠定坚实基础。

1.2.1 长期护理保险制度试点相关研究

对制度总体变迁过程的研究,罗遐、王容(2021)从政策扩散理论出发,认为我国长期护理保险政策的本土化探索分为先行试点、局部试点和扩大试点三个阶段,政策推广受到各地政策碎片化、筹资机制不健全、政策探索深度不足等因素制约^[1]。对制度发展各阶段的研究,学者们主要集中在两方面,一是以单个试点城市为研究对象,分析政策试点效果,总结地方特色经验,发现试点个性问题;二是横向对比多个试点城市的政策内容和实施效果,比较分析制度共同特征和共性问题。

在地方萌芽探索阶段,赵斌、陈曼莉(2017)梳理青岛、上海、长春和南通四个城市的制度政策发现,早期试点属于基本医疗保险待遇范围的延伸,没有真正脱离基本医保制度框架^[2]。张慧芳、雷咸胜(2016)通过对青岛、长春、南通三个城市的长护险实践背景、制度内容和实施效果的比较分析,发现地方初步探索虽然取得了一定成绩,但同时也存在对长期护理的概念认知不统一,过度依赖医保基金,保障范围偏向医疗部分模糊了与医疗保险的关系,护理人才和产品短缺导致供需失衡等问题^[3]。邓晶、邓文燕(2017)比较地方萌芽探索阶段四个城市的筹资机制发现,筹资来源较单一、缺乏激励措施、筹资水平低、筹资公平性亟待改善是目前长护险筹资的共性问题^[4]。杜宇欣(2017)认为目前南通市制度试点暴露出了缺乏法律保障、无法均衡分配医疗护理资源、护理队伍数量及专业化程度不足等问题^[5]。胡苏云(2018)发现上海试点区域存在的评估等级分类过细,提供的服务不合理,对居家服务支持不力,缺乏护理人员,信息系统设计和过程监管不足等问题亟待解决^[6]。

在初步试点阶段,中央指导文件对长护险试点的制度框架进行了原则性规定,并指明了地方自主试点的重点方向。海龙、尹海燕等(2018)在梳理和比较首批

[1] 罗遐,王容.我国长期护理保险政策试点发展的路径——基于政策扩散理论的分析[J].卫生软科学,2021,35(01):31-34.

[2] 赵斌,陈曼莉.社会长期护理保险制度:国际经验和中国模式[J].四川理工学院学报(社会科学版),2017,32(05):1-22.

[3] 张慧芳,雷咸胜.我国探索长期护理保险的地方实践、经验总结和问题研究[J].当代经济管理,2016,38(09):91-97.

[4] 邓晶,邓文燕.长期护理保险第一批试点城市保险筹资方案比较分析[J].中国卫生政策研究,2017,10(08):13-17.

[5] 杜宇欣.试点先行背景下我国长期护理保险制度面临的困境及对策——以江苏省南通市为例[J].劳动保障世界,2017,(14):29+31.

[6] 胡苏云.长期护理保险制度试点实践——上海案例分析[J].华东理工大学学报(社会科学版),2018,33(04):84-92.

15 个试点城市长护险政策核心内容后,发现试点地区长护险政策仍存在保障范围窄、失能评估标准不一、待遇支付水平较低、筹集主体单一等问题^[1]。姚虹(2020)也发现试点政策仍存在给付对象界定有失公平、筹资主体多元化流于形式、供给服务内容形式单一等问题^[2]。荆涛、陈秦宇(2018)对首批试点城市和北京市海淀区、石景山区共 16 个城市的试点政策及实施情况进行了对比分析,发现试点中参保人员选择性强、服务供给不符合居家养老要求、护理等级评定标准模糊、支付方式缺乏公平性、资金筹集不可持续等问题尤为突出^[3]。卢婷(2019)认为目前虽已初步构建制度理论框架,但被动给付导致资源的整体“低效”、缺乏预防机制等问题仍是制度发展的制约因素^[4]。李月娥、明庭兴(2020)^[5]和海龙、尹海燕(2020)^[6]对首批试点城市长护险筹资方案进行考量,同样发现了各地区筹资水平存在较大差距、资金难以持续等问题。

在扩大试点阶段,各试点城市并未在政策文本中对长护险制度框架作出进一步的明确规定,甚至在参保范围、给付条件等方面进行了更严格的限制。郭金龙、李红梅(2020)通过梳理两批国家级长护险试点地区的实施方案,发现参保对象范围狭窄、筹资机制缺乏可持续性和分层设计、给付评定体系不完善、支付方式和范围缺乏具体界定等问题依然存在甚至更加严重^[7]。潘萍、覃秋蓓(2022)结合两次试点城市的试点现状,总结出截止到扩大试点阶段,我国长护险制度在运行过程中仍然存在着法律保障不充分、参保和保障对象过窄、等级评定体系和配套体系不完善、筹资机制不健全、待遇给付与现实需求不匹配等问题^[8]。

1.2.2 长期护理保险制度优化相关研究

(一) 围绕长期护理保险制度设计及优化方面的实践研究

梳理中国长护险制度变迁过程和制度实施状况,我们发现不同试点阶段暴露

[1] 海龙,尹海燕,张晓因.中国长期护理保险政策评析与优化[J].宏观经济研究,2018,(12):114-122.

[2] 姚虹.老龄危机背景下我国长期护理保险制度试点方案的比较与思考[J].社会保障研究,2020,(01):48-56.

[3] 荆涛,陈秦宇.我国试点城市长期护理保险经验及启示[J].中国保险,2018,(12):11-16.

[4] 卢婷.我国长期护理保险发展现状与思考——基于全国 15 个城市的实践[J].中国卫生事业管理,2019,36(01):23-28.

[5] 李月娥,明庭兴.长期护理保险筹资机制:实践、困境与对策——基于 15 个试点城市政策的分析[J].金融理论与实践,2020,(02):97-103.

[6] 海龙,尹海燕.我国长期护理保险筹资机制研究[J].湖南社会科学,2020,(01):103-109.

[7] 郭金龙,李红梅.人口老龄化加速迫切需要扩大我国长护险试点——基于我国 28 个长护险试点方案的比较与思考[J].价格理论与实践,2021,(07):34-38.

[8] 潘萍,覃秋蓓.中国长期护理保险制度模式选择与发展路径[J].西南金融,2022,(02):89-100.

出的制度问题具有强烈的共性和重叠性,且随着“路径依赖”愈演愈烈。发达国家虽进入老龄化社会时间较早,长护险制度发展时间长,制度运行已经进入成熟阶段,但保障范围引发社会不公、资金负担沉重、护理服务供给不足等问题依然严峻,挑战着制度的可持续性。面对制度发展过程中存在的共性问题,国外学者提出的相关建议值得我国参考和借鉴:制度立法方面,Theobald Hildegard(2012)认为在有限福利的社会背景下,长期护理保险法旨在达成引入普遍的社会权利、成本控制策略、促进就地老化(强调家庭护理)和扩大以市场为导向的护理基础设施等目标,其在平衡个人、家庭、社区和市场的责任之间取得了平衡^[1];筹资机制方面,Jong Chul Rhee 等人(2015)对德、日、韩三国长护险制度进行了对比分析和经验借鉴,发现多方主体共同缴费的筹资机制对应付老龄化社会问题具有重要作用。他们建议中等收入国家应未雨绸缪,在老龄化发展成重大经济社会问题前尽早建立健全长护险制度。制度要从有限覆盖到全面保障^[2]。Martin Eling(2020)回顾了德国和日本长护险筹资机制的实施情况,提出未来长护险筹资机制可以借鉴瑞典养老准备金三支柱的经验,实施多支柱、强制性和自愿性的三支柱模式,将资本资助与现收现付有机结合,确保长护险可持续运行,提高制度公平性^[3];覆盖范围方面,Fernandez Jose-Luis 等人(2010)从发达国家改革的实际情况出发,得出要扩大提供服务的覆盖面,对护理需求者提供国家支持的结论^[4]。Yongho Chon(2014)认为解决长护险筹资问题应从增加覆盖面入手。韩国 2012 年长护险制度改革强调扩大覆盖面和提高服务质量,计划虽有局限性但也一定程度上促进了韩国长护险制度的发展^[5];失能评估标准方面,Takako Tsutsui 等(2005)指出日本在评估长期护理需求时构建了一个全国标准化的需求资格认证体系,从而实现客观、公平和有效地确定服务资格^[6]。Hajime Takechi 等(2012)认为认知功能和身体脆弱程度应被纳入给付条件^[7];服务供给方面,

^[1] Hildegard,T., Long-term Care Insurance in Germany Assessments, benefits, care arrangements and funding, Arbetsrapport, 2011:13.

^[2] Rhee, J.C.; Done, N.; Anderson, G.F., Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany, Health Policy, 2015,119(10), 1319-1329.

^[3] Eling, M., Financing Long-term Care: Some Ideas From Switzerland Comment on “Financing Long-term Care: Lessons From Japan”,International Journal of Health Policy and Management,2020,9(1), 39-41.

^[4] Fernandez, J.L.;Forder, J., Equity, efficiency, and financial risk of alternative arrangements for funding long-term care systems in an ageing society, Oxford Review of Economic Policy, 2010,28(1), 193.

^[5] Chon, Y., The Expansion of the Korean Welfare State and Its Results—Focusing on Long-term Care Insurance for the Elderly,Social Policy & Administration, 2014, 48(6), 704-720.

^[6] Tsutsui, T.; Muramatsu, N., Care-needs certification in the long-term care insurance system of Japan, Journal of The American Geriatrics Society, 2005, 53(3), 522-527.

^[7] Takechi, H.; Sugihara, Y.; Kokuryu, A.; Nishida, M.; Yamada, H.; Arai, H.; Hamakawa, Y., Both conventional

Naoki Ikegami (2003) 等人对日本长护险制度的研究表明,长护险制度的可持续运行需要“普遍性”的覆盖范围,建立客观系统的评估标准、评估过程和资格监管机制,护理形式应积极转向居家护理,构建多元服务供给体系,推动与医疗保健的融合发展,从而降低制度运行成本^[1]。Hidetoshi Endo (2007) 基于制度变迁理论提出应以社区为依托、医护人员的支持为基础,通过建立完善的社区发展型护理保障体系加强老年人的预防保健^[2];监督管理方面,Ju Moon Park (2013) 基于 Andersen 模型考察了韩国长护险公平性,建议健康保险机构应统一开展管理工作,改善执行效率并通过集中管理减少运行费用^[3]。Heinz Rothgang (2010) 梳理了德国长护险制度改革的相关情况,指出应将长护险政策与其他经济社会政策统筹考虑^[4]。

(二) 基于不同视角展开的长期护理保险制度理论研究

为尽快形成制度共识,进一步推进长护险扩大试点并全面建制,国内学者从不同视角、以多种理论为基础,针对试点现存问题提出相关解决方案和优化建议。孙敬华(2019) 基于 Gilbert 社会福利政策分析框架,从分配基础、供给类型、输送系统以及财务模式四个维度提出了相关制度优化策略^[5]。戴卫东、余洋(2021) 基于政策碎片化与 WHO “整合护理”理论,对长护险政策试点呈现的碎片化问题,从覆盖城乡居民全体、完善失能评估标准、确保待遇支付水平适度、多种渠道筹集资金、整合居家照护服务、孕育 PPP 市场服务等方面进行整合^[6]。李伟嘉、王子苏(2022) 基于发展型社会福利视角,提出我国长护险制度应遵循“包容性”“投资性”“积极性”逻辑,从确保经济、社会协调发展,倡导多元制度主义模式等路径进行建设探索^[7]。孙莹(2019) 运用史密斯过程模型对广州市长护险政策内容及执行障碍进行了分析。认为可以通过完善执行标准及流程来解决参保意

indices of cognitive function and frailty predict levels of care required in a long-term care insurance program for memory clinic patients in Japan, *Geriatrics & Gerontology International*, 2012, 12(4), 630-636.

^[1] Ikegami, N.; Campbell, J.C., Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-term Care Systems, *Social Policy & Administration*, 2002, 36(7), 719-734.

^[2] Endo, Hidetoshi, Care and nursing in remodeling long term care insurance, *Nihon Ronen Igakkai zasshi. Japanese journal of geriatrics*, 2007, 44(4), 429-32.

^[3] Park, J., Equity of access to long-term care among the Korean elderly, *Health*, 2013, 5, 1641-1647.

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

^[5] 孙敬华. 中国长期护理保险制度的福利要素评析及优化策略[J]. *北京社会科学*, 2019, (10): 107-116.

^[6] 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[J]. *江西财经大学学报*, 2021, (02): 55-65.

^[7] 李伟嘉, 王子苏. 中国长期护理保险制度化建设研究——基于发展型社会福利视角[J]. *中国农村卫生事业管理*, 2022, 42 (02): 83-87+152.

愿低、服务体系建设不完善、缺乏监管等问题^[1]。

（三）聚焦制度变迁理论展开的长期护理保险制度研究

也有部分学者以新制度经济学制度变迁理论对长护险制度发展路径进行了相关研究。黄如意（2022）基于制度变迁的动力在于供需失衡的理论前提，分析了我国长护险制度供需情况，发现当前供给虽不能满足照护需求，但制度已具备共同性支持要素、同源性支持要素、关联性支持要素的变迁可行性。据此提出应构建公平正义的制度供给模式、科学完善的基本制度框架、协调融合的配套措施、医养结合的多层次服务体系^[2]。朱丽芝（2019）以路径依赖为分析视角，认为我国长护险制度试点问题与基本医保、养老服务政策及传统福利制度的路径依赖有直接关系。因此应当积极探索制度创新，基于“普遍主义”价值理念加强制度顶层设计，推进长护险制度全覆盖^[3]。石磊（2018）运用路径依赖理论对美、德、日三个典型国家进行比较分析，提出我国制度设计与模式选择必须考虑到不断变化的社会制度背景^[4]。另外还有学者运用制度变迁理论研究日本长护险制度，并据此为我国长护险制度发展提供相关启示。如孙宏（2019）回顾了日本长护险制度的产生、变迁和实施效果，提出我国在制度设计初期就应建立以预防为导向的制度体系，同时明确各方主体责任，建立长效监督管理机制^[5]。哈布尔依娜（2019）建议我国应继续推进医疗资源和养护资源整合，建立健全社区居家养老服务体系，重视可持续性筹资机制，规范社会养老保障制度的公正性^[6]。

1.2.3 文献述评

基于对上述文献的综合梳理，可以发现，长期护理保险制度已成为国内外学术界普遍关注的话题。国内外学者就长护险制度变迁过程、制度存在的问题及优化建议各方面进行了深入研究，取得了丰硕的研究成果，为本文奠定了坚实的理论基础。但总体来讲，现有研究在内容与方法上还有进一步的探索空间。首先，对试点实践的研究有相对滞后性。我国开启扩大长护险试点工作已有近两年的时间，但现有研究的研究对象仍主要集中在 2016 年人社部公示的 15 个试点城市，

^[1] 孙莹. 广州市长期护理保险政策执行研究[D]. 华南理工大学, 2019.

^[2] 黄如意. 制度经济学视角下中国长期护理保险变迁[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(02): 480-484.

^[3] 朱丽芝. 长期护理保险制度的路径依赖及其问题研究[D]. 华东理工大学, 2019.

^[4] 石磊. 我国长期护理保险制度模式研究[D]. 首都经济贸易大学, 2018.

^[5] 孙宏. 日本长期护理保险制度变迁研究[D]. 首都经济贸易大学, 2019.

^[6] 哈布尔依娜. 新制度经济学视角下日本长期护理保障制度变迁研究[D]. 江西财经大学, 2019.

对扩大试点城市及两次试点实践的对比关注不足,对试点总体情况的研究仍较为缺乏;其次,目前对长护险试点实践的研究主要集中在探索单个城市的地方试点特色或横向对比解决整体制度构建问题两方面,研究视角均存在一定缺陷:一是由于各地区经济社会发展水平差距较大,地方试点形成的实践经验和特色模式可能不具有可复制性和推广的可行性。以单个试点城市为研究对象的研究代表性不强,构建国家层面的长护险制度需要更多试点实践经验与发展困境的讨论;二是我国长护险制度的发展遵循由点到面、由局部到整体的变迁规律,这意味着长护险试点将在未来很长一段时间朝区域化方向发展,目前对制度整体构建问题的探讨缺乏区域性特征的把握;最后,运用制度变迁理论研究我国长护险制度发展的成果相对较少,现有研究多以路径依赖理论为分析视角或对典型国家制度变迁进行经验介绍和对比分析,理论视角相对单薄片面。因此为弥补上述研究局限,本文选取东北三省四个试点城市的四家定点护理结构为案例研究对象,对试点地区的制度模式及实践情况进行比较分析,挖掘长护险制度发展的区域性特征及共性问题。同时,尝试运用制度需求—供给分析框架和制度均衡理论来分析长护险制度非均衡表现及非均衡的根本性因素,为推动长护险制度构建提供新的理论思路。

1.3 研究方法与研究思路

1.3.1 研究方法

(一) 文献研究法

本文一方面通过中国知网(CNKI)、Web of Science等文献数据库检索、查阅和梳理国内外长期护理保险制度的相关文献,通过文献综述掌握长护险制度研究现状,包括研究方法、研究成果和研究趋势等。另一方面,通过中央及地方政府网站搜索、汇总长护险相关政策文本及统计数据,梳理制度变迁过程和政策供给情况,为本文写作提供坚实的理论支撑。

(二) 案例研究

案例研究是一种以对单个或少数几个现实案例或现象为研究对象的实证研究方法^[1]。本文重点关注东北三省长期护理保险试点中存在的供给需求矛盾,以及造成制度供需非均衡的问题根源,主要围绕“怎么样”和“为什么”的问题展

^[1] 元彩云. 为何包容性的残障儿童社会服务政策产生系统性排斥?[D]. 吉林大学, 2022.

开。这些问题答案的获取需要与制度供给者和需求者进行交流对话。充分考虑案例典型性,本文选取东北三省四个长期护理保险试点城市的四个定点护理机构为案例,分别通过参与式观察、访谈、文本分析三种方法收集分析相关数据。

(三) 比较研究法

比较研究法是一种通过分析两个或两个以上事物共性差异,发现分析对象本质和规律的方法^[1]。本文对比较研究的运用主要体现在两方面:一是对我国长期护理保险制度变迁三个阶段相关情况的纵向比较,以把握制度变迁的轨迹和方向;二是对东北三省四个试点城市颁布的长期护理保险政策内容进行比较分析,总结现阶段制度试点的区域总体现状、主要特征、存在问题。

1.3.2 研究思路

本文基于制度变迁理论,以制度供求一均衡分析为理论框架,通过个案研究全面了解东北三省长期护理保险制度试点现状,深度挖掘制度变迁非均衡问题,据此尝试提出推进制度设计进一步优化的相关建议。

本文的研究内容分为七部分:第一章绪论部分是全文的基础,介绍了论文的研究背景、研究意义、研究方法、研究框架,并梳理国内外相关文献;第二章为概念界定和理论基础,介绍了长期护理保险、长期护理保险制度的定义和内涵,并对西方新制度经济学的制度变迁理论、制度供求理论、制度均衡理论进行了详细阐述;第三章在回顾长期护理保险制度变迁历程的基础上,对制度变迁各阶段进行评价;第四章通过对访谈对象的深度访谈和政策文本分析,全面了解东北三省长期护理保险制度需求与供给状况;第五章运用诺斯制度变迁相关理论分析造成长期护理保险制度非均衡问题的根本原因;第六章为长期护理保险制度设计的路径选择。依据制度非均衡问题根源的分析结果,结合访谈数据和试点经验,对东北三省长期护理保险制度进一步发展提出切实可行的优化建议;第七章主要总结前文所有结论与观点,并对制度未来发展进行展望。

^[1] 孙敬华,积极老龄化视角下中国长期护理保险政策研究[D].山东大学,2021.

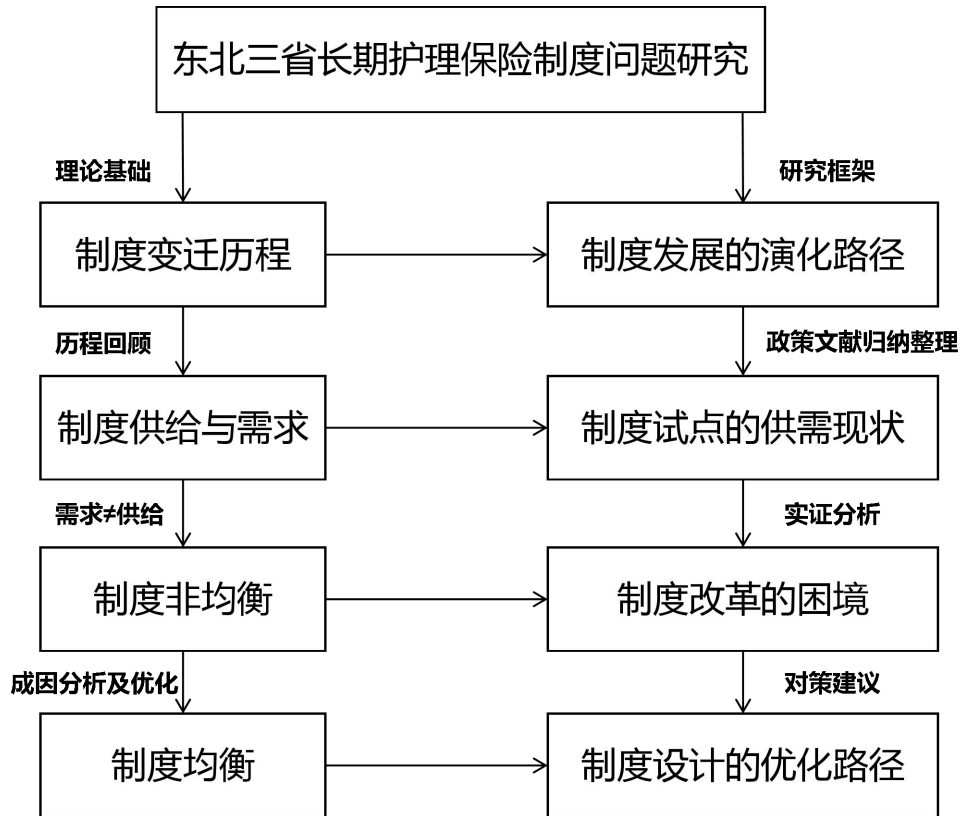


图 1.1 研究框架图

第2章 概念界定与理论基础

为清晰严谨地展开论证,本章首先界定了长期护理保险、长期护理保险制度等核心概念,并基于制度变迁、制度需求—供给、制度均衡和非均衡等新制度经济学理论,设计本文理论分析框架,以期深入剖析长护险制度非均衡原因。

2.1 概念界定

2.1.1 长期护理保险

长期护理保险(Long-Term Care Insurance, LTCI)依据筹资模式的不同可以分为社会保险模式和商业保险模式。国内众多学者经过多年制度模式探讨和实证调研,逐渐形成了开展社会保险型长期护理保险制度的共识。荆涛(2010)对长期护理保险制度的界定是一种对由于年老、疾病、意外残疾等因素造成身体功能完全或部分丧失,而在长期照料机构进行长期康复和护理,或在家中接受照料的被保险人的健康保险合同^[1]。戴卫东(2015)认为长期护理社会保险是由国家通过立法和社会化筹资的形式,为患有慢性疾病或身体和精神上的残疾,需要很长一段时间依靠别人照顾的不能自理者,提供一种共同承担护理成本的制度^[2]。综上所述,本文的研究对象为社会保险型长期护理保险,它是为长期处于不能完全自理状态者提供服务供给或经济补偿的一种风险共担机制^[3]。目前28个国家级试点城市出台的政策文件对长期护理保险的叫法不一,例如长春称为失能人员医疗照护保险,青岛称为长期医疗护理保险,南通称为基本照护保险。本文统称为长期护理保险^[4]。

2.1.2 长期护理保险制度

中央政府出台的制度试点指导意见中,将长期护理保险制度定义为“以社会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基本生活密切相关

^[1] 荆涛. 建立适合中国国情的长期护理保险制度模式[J]. 保险研究, 2010, (04): 77-82.

^[2] 戴卫东. 长期护理保险: 中国养老保障的理性选择[J]. 人口学刊, 2016, 38(02): 72-81.

^[3] 孙敬华. 积极老龄化视角下中国长期护理保险政策研究[D]. 山东大学, 2021.

^[4] 第一、二批国家级试点城市共29个,由于第二批试点中的甘肃省甘南藏族自治州未公开发布相关政策文件,所以本文主要针对其余28个国家级试点城市政策文本开展研究。

的医疗护理提供资金或服务保障的社会保险制度”^[1]。社会保险制度是指通过立法规定,按一定规则执行的政策和措施体系。考虑其涵盖制度设计、执行、效果评估等多方面内容,且目前我国长护险制度并未真正建立,为确保研究资料可获得以及研究可行性,本研究聚焦长护险制度试点的政策内容,以各市人社部门或医保部门官方发布的试点文件为政策文本,通过分析政策文本内容、制度执行现状和执行效果来反映长护险制度设计问题。主要研究范围限定在制度覆盖范围(包括参保对象和受益范围)、基金筹集、待遇支付和配套制度(包括监督机制和政策支持)几部分。

2.2 理论基础

2.2.1 制度变迁理论

(一) 制度和制度变迁的定义

诺斯认为制度是一系列被制订出来的规则、守法程序和行为的道德伦理准则。制度的目的是要对追求福利或效用最大化的个人行为进行约束^[2]。而制度变迁是一种更高收益制度对原制度的替代、转换与交易过程。新制度经济学认为,在一个相对稳定的制度环境下,所有的利益主体都能够达到一个均衡的状态,从而使他们的利益最大化。如果他们的既得利益面临着危险,他们就会寻求一种能够使他们的效用和利益函数达到最大程度的契约安排。这就是制度变迁,它是一个动态的过程。

(二) 制度变迁的方式

从变迁主体及诱因来看,制度变革可以划分为两类:一类是诱致性的,另一类是强制性的。诱致性制度变迁是指对现行制度安排的变更或替代,是由个人或一群人自发倡导、组织和实行的^[3]。而强制性制度变迁是以政府为主体、由政府命令和法律引入和实行的^[4],自上而下、激进式的模式。

(三) 诺斯制度变迁理论

^[1] 中华人民共和国中央人民政府. 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 [EB/OL]. http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/05/content_5557630.htm.

^[2] [美] 诺斯. 经济史中的结构与变迁[M]. 上海:上海三联书店、上海人民出版社, 1994:25-26.

^[3] 林毅夫. 关于制度变迁的经济学理论:诱致性变迁与强制性变迁[M]// R. 科斯, A. 阿尔钦, D. 诺斯. 财产权利与制度变迁. 上海:上海三联出版社, 1994:384.

^[4] 林毅夫. 关于制度变迁的经济学理论:诱致性变迁与强制性变迁[M]// R. 科斯, A. 阿尔钦, D. 诺斯. 财产权利与制度变迁. 上海:上海三联出版社, 1994:384.

诺斯提出了产权理论、国家理论和意识形态理论三大制度变迁理论。首先,他认为要想通过市场机制配置资源,解决市场资源稀缺、交易成本巨大的现实问题,减少机会主义,就必须界定产权,即社会通过立法形成对市场主体的一组可交易的权利。其次,诺斯认为产权应由制度的供给者和实施者,即国家来颁布和实施^[1]。再次,诺斯还发现人的社交活动并非都由自身利益最大化决定,有时也受到意识形态的影响。意识形态就是人们的世界观和价值观。开放的、说服力强的意识形态,能增进人们对制度合理性的理解和认识,规避“搭便车”行为,降低制度交易成本。最后,诺斯还引入路径依赖理论来解释制度变迁的轨迹。他认为在制度变迁中也有一种轨迹依赖机制,即当制度选择了一定的轨道后,它就会在一定的轨道、在一定的方向下,不断地进行自我加强。如果因为各种因素而陷入了“负反馈”的怪圈,则会使制度被“锁定”,陷入“低效”、“失效”的境地。

2.2.2 制度需求—供给理论

与对商品的需求一样,当人们认为新的制度会让人们获得在当前制度下无法获取的利益时,就会产生要求建立新制度的内在动机,这就是制度需求。在一般意义上,制度供给是指通过施加法律、道德或经济规范和规则来规范人们的行为。其产生由利益集团对供给成本—收益分析决定,戴维斯和诺斯指出,如果期望的净利大于预期的成本,制度安排就会被创新,只有满足这个条件,才有可能尝试改变社会的现有制度和所有权结构”^[2]。

2.2.3 制度均衡和非均衡理论

制度均衡是一种帕累托最优状态,即人们对既定制度安排和制度结构满足,无意改变现行制度的状态^[3]。这种状态是暂时的、相对稳定的,一旦制度供给需求改变,制度就不再处于均衡状态。与制度均衡对应,制度非均衡是指人们对现行制度的不满足,他们想要改变但却还没有改变的状况。由于现行制度安排的净效益小于另一种制度安排,人们逐渐对这一制度产生不满,产生了新的潜在制度

^[1] [美]诺斯. 经济史中的结构与变迁[M]. 上海:上海人民出版社, 1994:21

^[2] [美]兰斯·E. 戴维斯, 道格拉斯·C. 诺思著;张志华译. 制度变迁与美国经济增长[M]. 格致出版社;上海人民出版社, 2019

^[3] [美]兰斯·E. 戴维斯, 道格拉斯·C. 诺思著;张志华译. 制度变迁与美国经济增长[M]. 格致出版社;上海人民出版社, 2019

需求和制度供给,因此试图建立一种新的更有效的制度。但由于受到改革成本的限制,制度变革的动机和力量不足,潜在的制度供给无法变成现实的制度供给,导致制度供给不足和制度供给“过剩”两种制度状态^[1]。前者指由于对新制度需求的产生先于制度供给的形成,制度有效供给不足。后者指有些制度相对于社会对制度的需求而言是多余的,或者是有些过时的、无效的制度仍在发挥作用。

2.3 理论分析框架

制度变迁是一个从非均衡——均衡的循环往复过程,制度非均衡就是产生制度变迁过程的初始条件,而导致制度安排形成非均衡状态的最初动力,就是现有制度供给无法满足人们对制度安排新的需求。我国自进入老龄化社会以来,失能照护风险加剧,失能老人及其家庭对长照险和服务的需求不断增加。尽管经历地方萌芽探索——初步试点——扩大试点三次制度变迁,我国长护险制度仍未真正建立,制度试点从顶层设计到地方实践各个环节都存在缺陷与不足,制度供给无法满足巨大的护理需求,导致制度的非均衡状态。本文从宏观和微观两个层次出发,全面了解、精准把握整个社会以及老年人(尤其是有长期照护需求的重度、中度失能老人)对长护险的制度需求。同时从①保障范围方面——覆盖范围和受益范围;②服务供给方面——供给内容、供给形式和供给水平;③经济补偿方面——给付水平和筹资机制;④配套制度方面——监督机制和政策扶持几方面分析长护险制度供给现状。深入分析造成制度非均衡的根本原因,有针对性地提出制度优化路径,转变理念、调整方向,解决供需矛盾,从而推动长护险制度向稳定的均衡状态发展。

^[1] 张曙光. 论制度均衡和制度变革[J]. 经济研究, 1992, (06): 30-36.

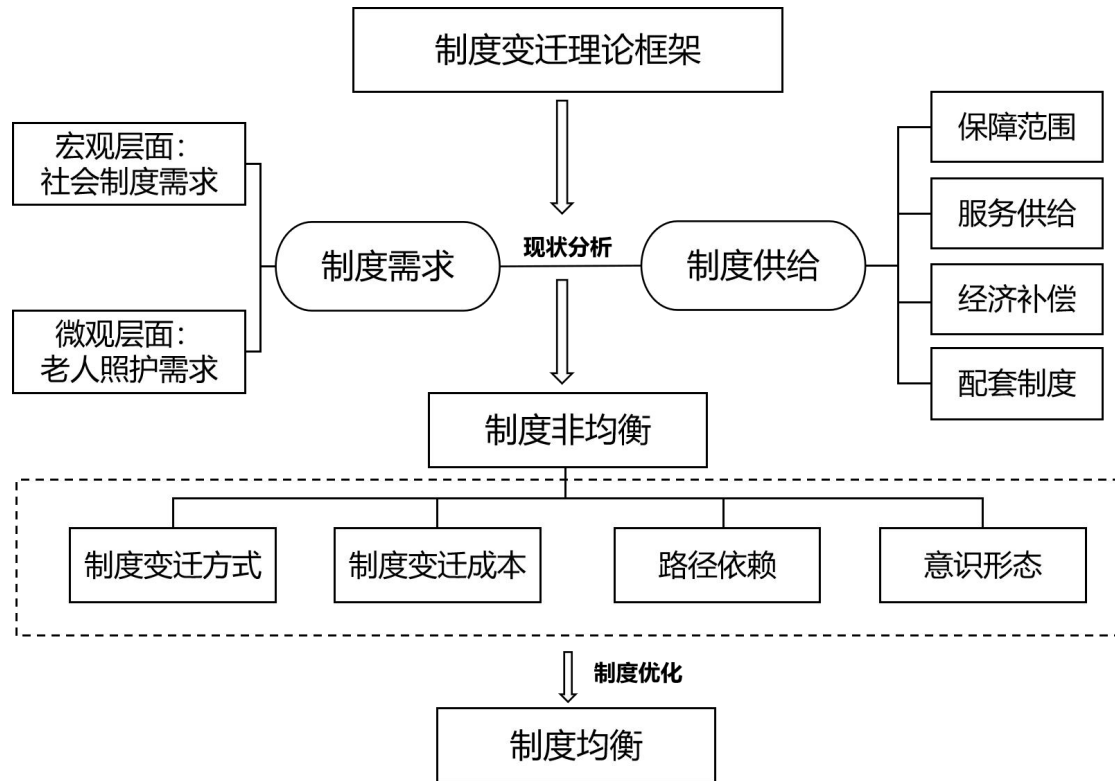


图 2.1 理论分析框架

第3章 长期护理保险制度建立与演进

梳理我国长护险试点城市的相关政策可以发现,各试点方案主要涵盖护理保险覆盖对象,失能等级划分,保险基金来源、筹资主体及标准,给付形式、标准,保险监管几个方面。因此本章将从长护险的覆盖、待遇给付、资金筹集、监管等环节出发,对制度变迁三阶段中各试点城市出台的政策文本进行比较分析。

3.1 长期护理保险制度变迁的过程

3.1.1 萌芽探索阶段(2012-2015年)

长期护理保险制度的试点实践由地方率先展开。2016年中央层面出台指导性文件之前,青岛、长春、南通及上海已经开始了大胆探索,因地制宜自发进行试点工作,为国家层面的顶层设计积累了诸多宝贵经验^[1]。

山东省青岛市是长护险制度的第一位“吃螃蟹者”,2012年青岛市出台《关于建立长期医疗护理保险制度的意见(试行)》(青政办字〔2012〕91号)^[2]正式建立长期医疗护理保险制度。其试点模式的主要特征是适当分开护理服务与医疗服务,将医疗养老有机结合;长春市于2015年出台《关于建立失能人员医疗照护保险制度的意见》(长府办发〔2015〕3号)^[3]和《长春市失能人员医疗照护保险实施办法》^[4],正式开始失能人员医疗照护保险制度的试点探索,重点关注急性期后的医疗护理,由定点机构提供短期或长期医疗护理;南通市早在2000年就建立了家庭病床制度,2015年出台《关于建立基本照护保险制度的意见(试行)》(通政发〔2015〕73号)^[5],正式开始了由医保基金、政府和个人三方筹资,提供长期医疗护理服务和生活护理服务待遇的基本照护保险试点。上

[1] 崔秀雅.我国长期护理保险制度建设[D].南京大学,2021.

[2] 青岛市人民政府.转发市人力资源社会保障局等部门关于建立长期医疗护理保险制度的意见(试行)的通知[EB/OL].

http://www.qingdao.gov.cn/zwgk/zdsk/fgwj/zcwj/zfgb/n2012_16/202010/t20201025_1752118.shtml.

[3] 长春市人民政府.长春市人民政府办公厅关于建立失能人员医疗照护保险制度的意见[EB/OL].

http://www.changchun.gov.cn/zw_33994/zfwj/sfbwj_108294/201612/t20161210_2026705.html.

[4] 长春市总工会职工服务网.关于印发《长春市失能人员医疗照护保险实施办法(试行)》的通知

[EB/OL].<http://12351.ccgh.org.cn/template/10002/file.jsp?aid=311>.

[5] 南通市人民政府.市政府印发《关于建立基本照护保险制度的意见(试行)》的通知

[EB/OL].<http://www.nantong.gov.cn/ntsrnzf/2015ndswq/content/51793459-2b25-4563-ade9-2732b4fab089.html>.

海市 2013 年开始试点高龄老人医疗护理保障制度，在基本医保范围内，通过医疗保险基金扶持高龄老人家庭健康照料。2016 年 12 月出台《上海市长期护理保险试点办法》（沪府发〔2016〕110 号）^[1]开启试点工作。

在地方萌芽探索阶段，各试点城市基本遵循依附于基本医疗保险制度的原则，保障对象覆盖城职保和城居保参保人群，只有上海规定参保对象需为 70 周岁以上参加城职保的本市户籍失能者；资金的筹集同样依托基本医疗保险，除南通真正建立医保基金、政府和个人三方缴费外，其他地区全部通过划转医保基金和调整医保统账结构筹资；待遇给付方面，试点城市基本都采取了给付服务方式，供给医疗护理和生活照料服务。青岛提供机构服务（专护和院护）和居家护理服务（家护和巡护），长春只提供机构护理服务，上海只提供居家护理服务，南通采取居家机构照护结合方式，且提供现金待遇给付。另外在给付水平上，试点城市基本都对机构护理和居家护理形式分别进行了设计，基金报销比例在 80%以上；监管机制方面，试点城市护理保险均实行协议管理，由人社部门或医保部门、经办机构负责护理机构和护理人员的监管，青岛和南通还积极探索第三方经办监管模式。

3.1.2 初步试点阶段（2016-2019 年）

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），决定在承德、长春、齐齐哈尔等 15 个城市开展试点工作，吉林和山东为国家重点联系省份。

在初步试点阶段，大部分试点城市的保障对象为城镇职工基本医疗保险参保人员。仅苏州、青岛、南通覆盖城乡居民全体，长春、荆门、石河子限制参保对象户籍，上海限制参保对象年龄。同时多依托《日常生活活动能力评定量表》将重度失能人员确定为待遇给付对象；资金筹资方面，除长春、宁波、广州采取单渠道筹资外，其他城市均通过划转医保基金、调整统账结构进行多渠道筹资；服务给付方面，大多数试点城市由护理保险定点医疗、养老机构提供医疗护理和生活照料服务。另外上海、上饶、苏州、成都等城市的基层医疗机构（如社区卫生服务中心）和社区居家养老服务机构也参与到供给队伍中。青岛、荆门等城市的

^[1] 上海市人民政府. 上海市人民政府关于印发《上海市长期护理保险试点办法》的通知 [EB/OL]. https://www.shanghai.gov.cn/nw39327/20200821/0001-39327_51124.html.

服务内容还包括心理慰藉、临终关怀，南宁还提供异地居住护理服务，重庆则只提供基本生活护理；给付水平方面，试点城市的护理保险给付水平在 70% 左右，同时依据受益人接受护理服务的地点划分待遇给付标准。青岛、南通、承德、荆门等城市规定在医疗护理机构接受服务可获得更高的保险给付，成都、广州等城市提高居家护理服务支付标准，引导失能人员流向居家社区。在监管环节，各试点城市均规定由经办机构按照服务协议，负责对定点护理服务机构的日常监督和评估，苏州、宁波、广州还积极探索委托第三方专业机构参与经办管理。

表 3.1 初次试点阶段试点城市长期护理保险服务供给

城市	服务形式	服务内容	服务机构
承德	医疗机构护理、养老机构护理	医疗护理、生活照料	定点医疗机构、养老机构、护理机构
长春	机构护理	医疗护理、生活照料、心理慰藉	医疗机构、养老和护理等机构
齐齐哈尔	医养机构护理、养老机构护理、居家护理	医疗护理、生活照料	医养护理机构、养老护理机构
上海	住院医疗护理、养老机构照护、社区居家照护	医疗护理、生活照料	养老机构、社区养老服务机构以及医疗机构（如护理站等）
苏州	医疗机构住院护理、养老机构护理、社区居家护理	医疗护理、生活照料	医院、护理院（站）、社区卫生服务中心等医疗机构，养老服务机构，居家护理服务机构
南通	医疗机构护理、养老机构护理、居家上门护理	医疗护理、生活照料、心理慰藉等	医院、护理院、社区卫生服务中心，医养结合型养老服务机构
宁波	专业机构护理、养老机构护理、居家巡访上门服务	医疗护理、生活照料、心理慰藉等	护理院、二级及以下医疗机构；养老机构、护理机构、居家养老机构
安庆	医疗机构护理、养老机构护理、居家上门护理、居家自主护理	未规定	医疗机构（护理机构）、养老机构、残疾人托养机构、居家照护机构
上饶	医疗机构护理、养老机构护理、居家上门护理、居家自主护理	医疗护理、生活照料	定点医疗机构、护理（养老）服务机构、社区卫生服务机构
青岛	失能：专护、院护、家护、巡护 失智：长期照护、日间照护、短期照护	医疗护理、生活照料、心理慰藉、临终关怀等	二级及以上住院定点医疗机构、专业护理服务机构和社区定点医疗机构
荆门	医院护理、养老机构护理、居家护理	医疗护理、生活照料、心理慰藉、临终关怀等	定点医院、养老机构、社区卫生服务中心、乡镇卫生院
广州	医疗机构护理、养老机构护理、居家护理	医疗护理、生活照料	医疗机构、养老机构、家庭服务机构、社区居家养老服务机构
重庆	机构护理、居家上门护理	基本生活护理	具有护理资质的医疗机构、养老机构和有护理经营范围的法人主体
成都	医疗机构护理、养老机构护理、居家护理	医疗护理、生活照料	医院、护理院、社区卫生服务中心、乡镇卫生院等医疗机构，养老服务机构，居家照护服务机构
石河子	机构护理、居家上门护理、居家自行护理	医疗护理为主	医养结合型养老机构、护理院

资料来源：作者根据初次试点阶段各地区长期护理保险试点实施意见/方案整理。

3.1.3 扩大试点阶段（2020 年至今）

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，以下简称 37 号文），决定新增北京市石景山区、天津、呼和浩特等 14 个试点城市，我国长护险试点“扩面”驶上了快车道。

在扩大试点阶段，超八成试点城市仍只覆盖城镇职工基本医疗保险参保人员，呼和浩特和北京市石景山区扩大范围到城乡居民。给付条件上更为明确具体，扩

大试点城市多依据自行制定的失能评估标准,将失能状态超过6个月且连续足额缴纳医疗保险费的重度失能人员作为待遇给付对象;资金筹集方面,扩大试点城市的筹资渠道进一步扩充,多元筹资机制基本建立,单位缴费责任逐步落实,财政补助发挥了更重要的作用。另外筹资标准也得到一定程度的提升,定额筹资的筹资额度普遍高于初次试点城市,比例筹资的缴费基数也更为明确,缴费比例更高;待遇给付方面,扩大试点城市的服务形式和服务内容未发生较大程度的扩展,但服务供给主体有所增加,引入了更多社会组织、社会力量参与长期护理服务。给付水平上,扩大试点进一步提高了给付标准,定额给付金额和支付限额普遍高于初次试点城市;在监督稽查环节,扩大试点城市在政策文本中更加明确对护理机构及从业人员的准入条件、监督管理、质量评价等制度的制定和完善,对服务内容、标准及质量评价等技术管理规范也提出了更明确的要求。同时,进一步完善第三方监管机制,引入更多社会力量参与保险经办。

表 3.2 扩大试点阶段试点城市长期护理保险服务供给

城市	服务形式	服务内容	服务机构
石景山区	机构护理、社区护理和居家护理	医疗护理、生活照料	定点护理服务机构
天津	机构护理、居家护理	医疗护理、生活照料	养老机构、医疗机构,以及与街道办事处(乡镇人民政府)、民政等部门签订运营本市社区养老服务设施合同的其他企事业单位、社会组织
晋城	居家自主护理、居家上门护理、居家和上门叠加护理、机构专业护理	医疗护理、生活照料	符合卫健部门要求的各级综合医院、专科医院和基层卫生服务机构,具备专业护理能力的非营利社会组织(养老院、敬老院、福利院、护理服务公司等)
呼和浩特	机构护理、居家护理	医疗护理、生活照料	具备提供护理服务条件的医疗机构、养老服务机构、医养结合机构、居家和社区养老综合服务中心
盘锦	机构护理、居家护理	医疗护理、生活照料	定点护理机构
福州	机构护理、居家护理	医疗护理、生活照料	具备相应资质的医疗机构和各类养老护理服务机构
开封	机构护理、居家上门护理、居家自主护理	医疗护理、生活照料	具有法人资格、能开展长期护理服务的医疗机构、养老机构和护理服务机构
湘潭	医疗机构住院护理、养老机构护理、机构上门护理	医疗护理、生活照料	有资质的医疗、养老、上门护理等服务机构
南宁	机构上门护理、入住机构护理、异地居住护理	医疗护理、基础护理	医疗机构、护理院(站)、养老护理服务机构和居家护理服务机构
黔西 ¹	机构护理、居家自主照料、居家上门护理	医疗护理、生活照料	符合卫生健康部门要求的各级综合医院、中医院、专科医院和基层卫生服务机构,具备专业护理能力的非营利社会组织(养老院、敬老院、福利院、护理服务公司等)
昆明	医养结合机构护理、养老机构护理、居家护理	医疗护理、生活照料	医疗机构、养老机构、居家护理服务机构、家庭服务机构
汉中	机构护理、居家自主照料、居家上门护理	医疗护理、生活照料	具备医疗保险服务资格且专设护理床位的医疗机构,以及经民政、卫健、残联等部门批准成立的养老机构、护理机构、残疾人托养机构、社区及居家照护机构
乌鲁木齐	全日居家护理、全日定点养老机构护理、基层定点护理服务机构上门护理	基本医疗护理和生活护理	能够提供护理服务的养老院、福利院、医疗机构、基层护理机构、护理人员服务机构

注:1.黔西为黔西南布依族苗族自治州的简称

资料来源:作者根据扩大试点阶段各地区长期护理保险试点实施意见/方案整理。

表 3.3 全国试点城市长期护理保险筹资机制

类型	城市	参保对象	缴费基数	医保基金划转	个人缴费	单位缴费	财政补助	社会捐助	福彩公益金	备注
单渠道	宁波	城镇职工		历年结余2000万元	-	-	-	-	-	
	广州	城镇职工		130元	-	-	-	-	-	
多渠道	长春	城镇职工	基本医疗保险缴费基数	一次性安排启动基金	0.10%	见备注	-	√	-	单位缴费由医保缴费基数划转，个人缴费由个人账户划转
		城乡居民			10元	-	2元			
	承德	城镇职工	参保人员上年度工资总额	0.20%	0.15%	-	0.05%	-	-	个人缴费由个人账户划转
	南通	城镇职工		30元	30元	-	40元	√	见备注	市财政每年从福利彩票公益金中安排一定数量的资金充实基金；职工个人缴费由个人账户划转
		城镇居民		30元	30元（缴纳居民医保时一并缴）	-	40元			
	上饶	城镇职工		30元	40元	30元	见备注	-	-	涉及财政供给的机关事业单位、关闭破产改制及困难企业单位缴费由同级财政从彩票公益金划转或由财政予以补助；个人缴费由个人账户划转
	青岛	城镇职工		基本医保缴费基数总额的0.5%	医保个人缴费基数0.2%	-	30元	√	-	
		城乡居民		不超过当年居民社会医疗保险筹资总额的10%	-	-	-			
	荆门	城镇职工	上年度居民人均可支配收入的0.4%	25%	37.50%	-	37.50%	-	-	个人缴费由个人账户划转
	重庆	城镇职工		60元	90元	-	√	√	-	个人缴费由个人账户划转
	成都	40岁（含）以下城镇职工	职工基本医保缴费基数	0.20%	0.10%	见备注	-	-	-	单位缴费由医保统筹基金划转，个人缴费由个人账户划转；从医保基金累计结余中一次性安排5000万元资金作为启动资金
		40岁以上未退休城镇职工	职工基本医保缴费基数	0.20%	0.20%	-	-			
		退休城镇职工	职工基本医保缴费基数	-	0.30%	-	0.10%			
	齐齐哈尔	城镇职工		30元	30元	-	-	-	-	个人缴费部分有个人账户的从个人账户中划转
	上海	城镇职工	用人单位缴纳职工医保缴费基数	1%	-	-	√	-	-	
		城乡居民		根据60周岁以上居民医保的参保人员人数、标准略低于参保职工的人均筹资水平	-	-	√			
	苏州	城镇职工		70元	50元	-	见备注	-	-	个人缴费暂免征收，由政府补助
		城乡居民		35元	50元	-	见备注			
	安庆	城镇职工		20元	10元	-	-	-	-	个人缴费随职工医保大病医疗救助保险费收取
	石河子	城镇职工		180元	24元	-	40元	√	50万	
	石景山区	城镇居民								
	黔西 ¹	城镇职工		见备注	45元	45元	10元	√	-	单位缴费由医保统筹基金划转，个人缴费由个人账户划转
	昆明	在职职工	基本医保缴费基数	见备注	0.20%	0.20%	√	√	√	单位缴费由医保统筹基金划转，个人缴费由个人账户划转；退休人员个人缴费部分从应当划入参保人个人账户基金中划转
		灵活就业人员	基本医保缴费基数	-	0.40%	-	-			
		退休人员	退休人员医保个人账户划账基数	-	0.20%	-	0.20%			
	汉中	城镇职工		见备注	50元	30元	20元	-	-	单位缴费由医保统筹基金划转，个人缴费由个人账户划转；特殊困难退休职工个人缴费部分由个人和财政各分担50%
	晋城	城镇职工		见备注	以个人缴纳职工医保缴费基数为基数：在职职工0.15%、灵活就业人员0.3%、退休人员（含灵活就业退休人员）本人退休工资的0.15%	用人单位缴纳职工医保缴费基数0.15%	退休人员（含灵活就业退休人员）个人退休工资的0.15%	√	-	单位缴费由统筹基金累计结余划转，个人缴费由个人账户划转
	天津	城镇职工		见备注	120元	120元	-	√	√	单位缴费从医保缴费基数中划出，个人缴费从大额医疗救助费中划出；职工医保统筹基金和大额医疗救助基金中各划5000万元作为长护险基金
	开封	在职职工		见备注	60元	60元	√	√	-	单位缴费由医保缴费基数划出，个人缴费由个人账户划转
		退休人员		60元	60元	-	特殊困难退休职工由财政补助个人缴费部分			
		无个人账户人员		60元	60元	-	√			
	呼和浩特	城镇职工		见备注	个人缴纳医保缴费基数0.2%；退休人员为养老金的0.2%	职工医保单位缴费基数0.2%	10元	√	-	单位缴费由医保缴费基数划出，个人缴费由个人账户划转；无个人账户或单建统筹的职工自己缴纳个人缴费部分
		城乡居民		50元	10元	-	10元			

续表 3.3

类型	城市	参保对象	缴费基数	医保基金划转	个人缴费	单位缴费	财政补助	社会捐助	福彩公益金	备注
多渠道	盘锦	在职职工	职工基本医保缴费基数0.4%	见备注	0.20%	0.20%	医疗救助对象的个人缴费由医疗救助资金全额资助	-	-	单位缴费由医保缴费划出，个人缴费由个人账户划转；职工基本医保统筹基金累计结余一次性划出5000万元作为长护基金
		灵活就业人员	职工基本医保缴费基数0.4%	0.20%	0.20%	-	-			缴纳职工医保费划出和个人缴费各占一半
		退休人员	职工基本医保个人账户划入的0.4%	0.20%	0.20%	-	-			医保统筹结余与个人账户划转各占一半
	福州	在职职工	当期城镇职工医保缴费基数0.25%	见备注	0.13%	0.13%	√	√	-	单位缴费由医保缴费划出，个人缴费由个人账户划转
		灵活就业人员	当期城镇职工医保缴费基数0.25%	见备注	0.13%	0.13%	√			
		退休人员	上年度拨付职工医保个人账户计算基数	-	0.13%	-	√			
	湘潭	在职职工		见备注	个人基本医保年缴费基数0.12%	基本医保年缴费基数0.12%	-	-	-	单位缴费由医保缴费划出，个人缴费由个人账户划转；无个人账户的由用人单位代缴
		灵活就业人员		-	自行缴纳上年度湖南省全口径城镇单位就业人员平均工资的0.24%	-	-			个人缴费部分自行缴纳
		退休人员		-	有个账：本人上年度养老退休金收入总额的0.24%；无个账：上年度湖南省企业职工平均养老金的0.24%	-	-			有个账的个账划出，无个人账户的自行缴纳
	南宁	在职职工	参保人员当期医保缴费基数	-	0.15%	0.15%	√	√	-	个人缴费由个人账户划转；试点启动当年一次性划转职工基本医保统筹基金征缴保费约2.34亿元作为长护险备用金
		灵活就业人员	上年度个人基本养老金或退休金（当年退休人员以领取退休待遇当月的个人基本养老金或退休金）	-	0.15%	-	√			
		退休人员和领取失业保险期间的失业人员	个人当期参加医保缴费基数	-	0.30%	-	√			
	乌鲁木齐	城镇职工		50元	30元	-	20元	√	-	

注：1. 黔西为黔西南布依族苗族自治州的简称。
 2. “√”表示政策文件中提及该筹资渠道，但未明确规定筹资比例或数额。
 3. 本表单位为元/人/年。
 4. 资料来源：作者根据各地区长期护理保险试点实施意见/方案整理。

3.2 东北三省长期护理保险制度试点演变

3.2.1 自主试点阶段

吉林省长春市作为萌芽探索阶段的典型代表，于2015年开始试点失能人员医疗照护保险制度。失能人员医疗照护保险被官方界定为医疗保险制度的延伸和补充，是指对被保险人因年老、疾病和意外伤残等导致身体机能完全或部分丧失，无法自行照顾料理生活，需要入住医院或养老、医疗照护机构接受短期或长期的

康复和护理时所支付的费用给予补偿的一种保险制度^[1]，主要特征是关注急性期后的医疗护理，提供短期、长期医疗护理待遇，为后续试点城市提供了宝贵经验。

3.2.2 重点试点阶段

2016年人社部发布80号文件，将黑龙江省齐齐哈尔市作为第一批国家级试点城市。随后齐齐哈尔市于2017年出台《齐齐哈尔市长期护理保险实施方案（试行）》（齐政办规〔2017〕15号）^[2]开启制度试点。扩大试点阶段，辽宁省盘锦市被列为第二批国家级试点城市，于2020年出台《盘锦市开展全国长期护理保险制度试点工作实施方案》（盘政办发〔2020〕25号）^[3]指导试点工作的展开。

3.2.3 延伸试点阶段

各国家级试点省市在积极开展试点实践的基础上，不断扩展试点范围，在更多市州、市县地区出台政策文本，指导试点扩面。如吉林省作为全国长护险重点联系省份，积极开展地级市试点扩面，先后在吉林市、松原市、梅河口市、白山市、通化市等地启动试点工作。具体政策文本见表3.4。2021年齐齐哈尔市制定《齐齐哈尔市深化长期护理保险制度试点实施方案（试行）》（齐政办规〔2021〕1号）^[4]，在深化市级试点基础上选择讷河市作为县级试点，逐步扩大长护险试点覆盖面。

^[1] 长春市社会医疗保险管理局. 什么是失能人员医疗照护保险?[EB/OL]. <https://ccylbx.org.cn/ccylbx/node/11346>.

^[2] 齐齐哈尔市人民政府. 齐齐哈尔市人民政府办公室关于印发齐齐哈尔市长期护理保险实施方案(试行)的通知[EB/OL]. http://www.qqhr.gov.cn/News_showNews.action?messagekey=141239.

^[3] 盘锦市人民政府. 盘锦市人民政府办公室关于印发盘锦市开展全国长期护理保险制度试点工作实施方案的通知[EB/OL]. <http://www.panjin.gov.cn/html/2496/2021-03-16/content-92380.html>.

^[4] 齐齐哈尔市人民政府. 齐齐哈尔市人民政府办公室关于印发齐齐哈尔市深化长期护理保险制度试点实施方案(试行)的通知[EB/OL]. http://www.qqhr.gov.cn/Newsgk_showGkmlNews.action?messagekey=224941.

表 3.4 吉林省长期护理保险试点城市政策文本

地区	时间	政策文件
松原市	2016年6月16日	《松原市人民政府关于松原市开展长期医疗照护保险试点工作的意见》（松政发〔2016〕28号）
吉林市	2016年11月7日	《吉林市人民政府关于开展长期护理保险制度试点的实施意见（试行）》（吉市政办发〔2016〕31号）
临江市	2017年4月19日	《临江市全面推进医养融合发展实施方案》
松原市	2017年8月14日	《松原市人民政府办公室关于进一步推进全市长期护理保险制度建设的实施意见》（松政办发〔2017〕27号）
梅河口市	2017年8月17日	《梅河口市关于开展长期护理保险试点工作的实施意见》（梅政办发〔2017〕20号）
通化市	2017年9月12日	《通化市人民政府关于开展长期护理保险制度试点的实施意见》（通市政办发〔2017〕28号）
白山市	2017年12月27日	《白山市人民政府办公室关于开展长期护理保险制度试点的实施意见》（白山政办发〔2017〕42号）
通化市	2021年9月16日	《通化市深入推进长期护理保险制度试点工作实施方案》（通市医保联〔2021〕6号）
吉林市	2021年10月14日	《关于印发吉林市深入推进长期护理保险制度试点工作实施方案的通知》（吉医保规〔2021〕4号）
蛟河市	2022年9月28日	《蛟河市深入推进长期护理保险制度试点工作实施方案》

资料来源：作者整理。

限于地方经济发展水平、老龄化程度、医保结余、护理服务资源等现实因素，东北三省长护险制度试点以依托医保、保障基本、逐步推进为主要特征。各地试点虽单独架构，但均依附于基本医疗保险制度，将城镇职工医保参保人群纳入保障范围。吉林省内试点城市范围相对扩大，如长春市最初覆盖城镇职工医保和城镇居民医保，随着试点推进逐步将城乡居民纳入制度范围；资金筹集同样依托医保基金，通过划转医保基金和调整医保统账结构筹资；待遇给付形式包括机构护理和居家护理，供给内容包括医疗护理和生活护理；监管机制方面，试点城市均实行协议管理，由医保部门牵头负责本地制度政策制定、试点组织实施和监督管理，医保经办机构负责经办管理服务。

第4章 东北三省长期护理保险制度现状分析

本文的研究目标是探求东北三省长护险试点供需矛盾,挖掘制度非均衡原因,为制度优化提供对策建议。通常情况下,大样本定量研究无法解释该问题的深层次原因^[1],因此本文选取齐齐哈尔、长春、通化、盘锦四个试点城市的定点护理机构为研究对象进行个案研究。本章分别对研究方法和具体案例进行详细介绍,通过深度访谈和政策文本分析,全面了解东北三省长护险制度的需求与供给现状。

4.1 案例说明

4.1.1 案例选取过程

(一) 研究方法的确定

本文重点关注东北三省长护险试点供给需求矛盾,涉及供给者和需求者个人经历、主观感受、政策反思等方面的资料,需要在研究者与受访对象细致、深入的接触中才能获得。目前我国长护险制度还处在试点阶段,并未在全国范围建制,各地区试点模式的选择和试点进程受经济水平、服务资源、老龄化程度等因素的影响存在很大差异,再加上目前针对长护险试点情况的全国性的数据库相对缺失,使用定量研究方法进行大范围的抽样调查可能无法体现地区间差异性和地区试点特性。固定的问卷也可能忽略受访者不可磨灭的个人经历、态度、行为选择。因此本文采用工具性个案研究方法进行案例对象的选取和资料的收集分析^[2]。

(二) 研究对象的确定

本研究选择在东北三省四个长护险试点城市开展研究,即黑龙江省齐齐哈尔市、吉林省长春市和通化市、辽宁省盘锦市。其中长春市是地方萌芽探索阶段的典型代表,齐齐哈尔市和盘锦市分别为第一批和第二批国家级试点城市,通化市是国家重点联系省份的地市级试点城市,四个城市的试点政策和试点实践能够充分体现东北三省长护险制度变迁的阶段特征。具体来说,四个城市的老龄化程度高,速度快,60岁及以上人口占总人口的比重高于全国。据第七次全国人口普

^[1] 陈向明. 质的研究方法与社会科学研究[M]. 北京:教育科学出版社,2000. 12.

^[2] 陈向明. 质的研究方法与社会科学研究[M]. 北京:教育科学出版社,2000. 12.

查数据显示,齐齐哈尔 60 岁及以上人口占总人口的比重为 24.13%,长春、通化和盘锦分别为 23.06%、25.90%和 22.67%^[1]。面对显著的失能照护需求,落后的经济发展却制约了照护服务供给。长春和盘锦 2020 年的人均 GDP 为 77634 元和 93804 元,与 72447 元的全国人均水平基本持平,齐齐哈尔和通化则仅为 24273 元和 34338 元^[2],远低于全国平均标准,人均可支配收入较少,家庭和社会照护负担沉重。加之传统养老观念为基础的特殊代际关系、人口大规模外流为基础的年龄结构失衡等因素影响,四个试点城市的制度供需非均衡现象明显,具有较强的区域性特征,其制度试点存在的问题映射出全国制度探索困境,具有普遍性和代表性。

受制于较低的经济水平和照护资源,东北三省的长护险试点主要由定点护理服务机构作为服务供给主体,向失能人员提供机构护理或居家上门护理,因此本文选择将定点护理服务机构作为个案研究对象,全面了解长护险试点现实情况。为确保个案研究的典型性,本研究采用目的性抽样方法,在选取样本时遵循以下几个原则:一是案例机构需为符合试点城市长护险定点机构认定标准的定点护理机构;二是为全面了解不同性质机构的实际供给情况及面临的困境与挑战,案例机构的性质应涵盖公办、民办营利性和民办非营利性三种类型;三是受访老年人需为享受长护险待遇,有长期照护需求的失能老人,且有清晰的思维认知和语言表达能力。受新冠疫情养老机构实行封闭化管理等不可控因素影响,最终访谈对象确定为四个机构内的失能老人、机构管理者、护理人员及医护人员,共 21 人,其中包含养老机构管理者 4 人、机构护理人员 8 人、机构医护人员 2 人、机构入住失能老人 7 人。另外本研究还访谈了两名医保局工作人员,从而了解长护险运营状况及未来发展的相关信息。

^[1] 数据来源:国家统计局. 黑龙江省、吉林省、辽宁省第七次全国人口普查主要数据公报。

^[2] 国家统计局. 中华人民共和国 2020 年国民经济和社会发展统计公报
[EB/OL]. http://www.stats.gov.cn/tjsj/tjcbw/202103/t20210331_1815847.html.

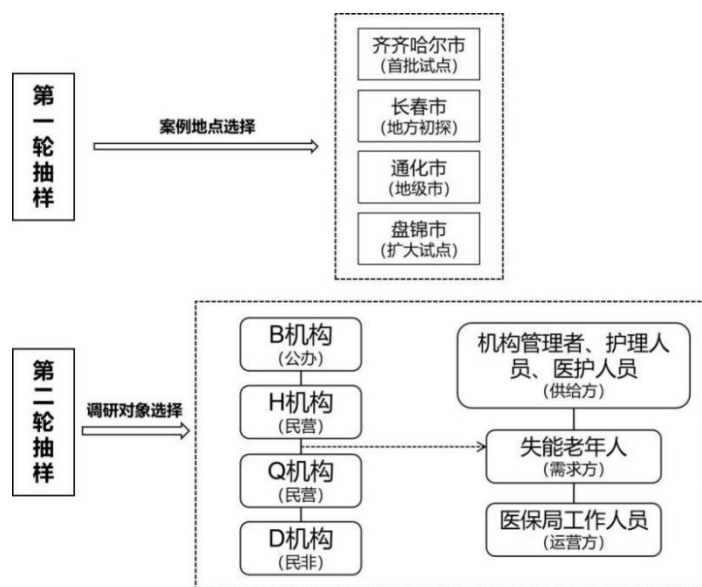


图 4.1 案例选取过程

（三）资料收集与分析

根据研究需要，本研究选择以下方法进行个案研究。一是半结构化访谈法。笔者在明确写作目标、访谈主题、调查群体后，从保障范围、服务供给、待遇给付、配套制度等方面设计半结构化访谈提纲，分别对机构失能老人（即长护险需求者），机构管理者、护理人员、医护人员（即长期护理服务供给者）以及医保局工作人员（即长护险运营者）进行访谈，全面了解长护险政策需求者和供给者的真实感受及行为选择，把握长护险试点现状和共性问题，为后续论证提供有力的实证性论据支撑。访谈于2021年8-12月进行，每次访谈时间在45-60分钟之间；二是观察法。由于长护险服务监督稽查问题、资金筹集问题较为敏感，涉及机构隐私，半结构化访谈可能不足以捕捉真实信息，因此笔者深入访谈机构，根据日常观察和亲身感受补充资料数据；三是文件分析法。搜索与汇总四个试点城市长护险相关政策文本及统计数据，了解试点城市政策供给状况，结合访谈内容挖掘政策供给与实际供给之间的差异。

资料分析与资料收集同时进行。本研究首先将收集到的访谈资料、养老机构实地观察资料全部整理成文字资料，并进行分类编码。其中定点护理机构的编码取自机构名称拼音的第一个大写字母，受访者的编码由机构代码加受访的序号组成。编码完成后对所有资料进行逐字阅读，围绕主要研究问题，提取有意义的语句形成初始代码，如“农村老人、农民工得不到保障”“老年人不认可”等等。

其次，将重点放在更广泛的主题层面进行分析，将所有相关代码整理成“服务递送困难”“扶持政策模糊”等主题，然后审查这些主题是否与初始代码相关，并对它们进行定义。

（四）研究效度与伦理

研究过程中通过多种渠道提高信度和效度：一方面采用目的性抽样提高研究效度。本研究将东北三省四个试点城市作为研究对象，具有失能需求显著和服务供给薄弱的双重特征，选择的四家定点护理机构，都是当地优质的医养结合型养老机构，有较高的社会认可度，这种抽样方法可以保证与研究目的的吻合度。另一方面采用多种研究方法收集资料，确保资料丰富。同时，本研究也遵守了以下伦理原则：一是自愿原则。事前对访谈对象传达了访谈目的、用途、研究成果的公开情况以及录音要求等信息，在征得同意后进行了访谈和录音；二是保密原则。本文行文过程中一律采用匿名方式，对采访中的敏感材料都进行了技术处理。

4.1.2 案例介绍

根据上述原则，本研究选择的四家长护险定点养老机构基本情况如下：①B机构，由Q市中医院于2016年增设养老服务项目形成，是一家突显中医药特色优势的医养结合型公办养老机构。分为居家养老和机构养老两个部分，居家养老有180户，机构养老设有床位566张，区域化管理包含自理、介助、介护、安宁疗护。主要面向60岁及以上老人，收费在2800-4000之间不等。目前入住老人二百五十多人，入住率为46%。护理团队共36个人，其中医生8人，护士28人。②H机构，是一家医养结合型民办营利性养老机构，以失能、半失能、活力老年人为目标群体。企业自主研发一系列适老化产品，打造“智慧”养老智能家居模式。机构共设有床位100余张，划分一级、二级、三级、四级和VIP特护五个照护等级，整体价位在6000-7500元。目前收住老人失能比为43%、半失能入住比为13%、自理比例44%。其中高龄老人占比较高，85周岁以上的老人达到50%-60%。③Q机构，是一家民办营利性养老机构。国有企业品牌旗下的第三家连锁养老机构，设有床位120张，配置生活区、康复区、活动区等多个功能区域，实行分层管理。划分一、二、三级护理等级，护理团队的配比为4:1，每4个老人配置1名护理人员。机构以慢性病管理为特色，以高龄需看护型老人为目标客户群体。目前机构收住老人年龄基本在85周岁以上，最高龄96周岁，高龄老人占比70%，

自理失能比大概 1:1。失能老人的收费平均在 5500-7500 元。④D 机构，是一家成立于 2018 年民办非营利性养老机构。共 300 余张床位，主要为自理、自助、介助、介护老人提供助养、康复、护理服务。院内设立阿尔兹海默病专区，为失智老人提供专业化护理服务。根据失能程度不同收费在 2000-4000 元不等。目前入住老人 150 多人，自理老人十人，失能和半失能的比例在 85%以上。护理团队 25 人。（见表 4.1）

表 4.1 案例机构基本情况

案例地区	机构代称	机构性质	功能定位	面向群体	入住情况	护理等级
齐齐哈尔市	B机构	公办	突显中医药特色优势的医养结合型养老机构	活力、失能、半失能老人	入住老人二百五十多人，入住率为46%	自理、介助、介护、安宁疗护
长春市	H机构	民办营利	打造“智慧”养老智能家居模式的医养结合型民办养老机构	失能、半失能、活力老年人	失能老人入住比43%、半失能13%、自理比例44%。其中85周岁以上老人50%-60%	一级、二级、三级、四级、VIP特护
通化市	Q机构	民办营利	定位中高端，国有企业品牌旗下连锁养老机构	失能、半失能、高龄需看护型老人	以85周岁以上高龄老人为主，占比70%，自理失能比1:1	一级护理、二级护理和三级护理
盘锦市	D机构	民办非营利	提供刚需基础护理的综合性养老机构	活力老人失能、半失能、失智老人	入住老人150多人，失能、半失能老人占比85%以上	自理、自助、介助、介护

调查对象中有男性 9 人，女性 14 人。其中养老机构入住老人年龄在 78~93 岁之间，平均年龄超过 85 岁。大部分为重度失能者，认知清晰，沟通无障碍。养老机构管理者均为女性，平均年龄约 45 岁。护理团队多为女性，占比 70%，平均年龄 52.3 岁。（见表 4.2）

表 4.2 受访者的基本信息描述

序号	性别	年龄	城市	身份	编码	备注
1	女	36	J省C市	养老机构管理者	HG1-20211109	民办营利性养老机构，为C市长期护理保险定点机构，主要面向失能、高龄老人及活力老人
2	女	46	J省C市	养老机构护理部主任	HH1-20211109	
3	女	32	J省C市	养老机构护理人员	HH2-20211110	
4	女	62	J省C市	养老机构医疗人员	HY1-20211110	
5	女	42	J省T市	养老机构管理者	QG1-20210902	民办营利性养老机构，为T市长期护理保险定点机构，主要面向失能、半失能老人
6	女	53	J省T市	养老机构护理部主任	QH1-20210902	
7	男	52	J省T市	养老机构护理人员	QH2-20210903	
8	男	64	J省T市	养老机构医疗人员	QY1-20210903	

续表 4.2

序号	性别	年龄	城市	身份	编码	备注
9	女	51	H省Q市	养老机构管理者	BG1-20211014	公办非营利性医养结合机构，为Q市长期护理保险定点机构，主要面向活力、失能、半失能老人
10	女	56	H省Q市	养老机构护理部主任	BH1-20211014	
11	女	53	H省Q市	养老机构护理人员	BH2-20211014	
12	女	54	L省P市	养老机构管理者	DG1-20210817	民办非营利性养老机构，为P市长期护理保险定点机构，主要面向失能、半失能老人
13	女	49	L省P市	养老机构护理人员	DH1-20210817	
14	男	56	L省P市	养老机构护理人员	DH2-20210817	
15	男	84	J省C市	养老机构入住老人	HL1-20211109	重度失能、丧偶、子女2个
16	女	93	J省C市	养老机构入住老人	HL2-20211110	中度失能、丧偶、子女1个
17	男	78	J省T市	养老机构入住老人	QL1-20210902	重度失能、丧偶、子女1个
18	女	87	J省T市	养老机构入住老人	QL2-20210902	中度失能、丧偶、子女1个
19	男	86	H省Q市	养老机构入住老人	BL1-20211014	重度失能、子女2个
20	男	84	H省Q市	养老机构入住老人	BL2-20211014	重度失能、丧偶、子女2个
21	女	87	L省P市	养老机构入住老人	DL1-20210817	重度失能、丧偶、子女3个
22	男	28	J省C市	医保局工作人员	MIB1-20211214	从业时间2年，熟悉长期护理保险政策执行情况
23	男	34	J省C市	医保局工作人员	MIB2-20211214	从业时间2年，熟悉长期护理保险政策执行情况

4.2 长期护理保险制度需求分析

4.2.1 宏观层面：老龄社会需要规范高效的制度保障

（一）应对老龄化失能化社会风险的制度需求

我国老龄化伴随失能化和高龄化的问题在东北地区尤为严重。东北三省的人口老龄化速度高于全国，60岁及以上人口占总人口的比重、变动幅度均大于全国数据，据第七次全国人口普查数据显示，齐齐哈尔60岁及以上人口占总人口的比重为24.13%，长春、通化和盘锦分别为23.06%、25.90%和22.67%。与此同时，老年抚养比下降，劳动年龄人口逐年减少，其中齐齐哈尔市2020年的劳动年龄人口为2983834人，老年抚养比22.03%，长春市劳动年龄人口6683063人，老年抚养比19.20%，盘锦市劳动年龄人口1004118人，抚养比21.77%^[1]。与全国人口年龄结构相比，东北三省的人口年龄结构呈现出少年儿童人口比例极低、劳动年龄人口大幅度减少和老年人口持续增长的特征。近年来东北地区人口规模逐年递减，总量呈现负增长趋势，再加上严重的人口外流现象，导致东北老龄社会问题尤为严峻。

^[1] 数据来源：作者根据各城市第七次人口普查数据计算得出， $ODR = (65 \text{ 岁以上人口数} / \text{劳动年龄人口数}) * 100\%$ 。

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/328143041003006040>