

长期护理保险试点政策的特征、问题与路径优化 ——基于两批 29 个国家试点城市政策的比较分析

戴卫东^{1 2 3}, 汪倩格¹, 朱儒城¹, 林雯洁¹

(1. 浙江财经大学公共管理学院 浙江 杭州 310018;

2. 浙江财经大学中国政府管制研究院 浙江 杭州 310018; 3. 浙江大学国家制度研究院 浙江 杭州 310058)

摘要: 随着我国人口老龄化加速推进, 老年人失能逐渐演进为一个新的社会风险。为此, 社会化长期护理保险作为我国传统养老服务体制改革的一项新制度顺势诞生。通过对 2016 年和 2020 年两批长期护理保险试点地区政策全面深入地比较分析, 研究发现试点政策的保障对象、筹资支付、服务供给以及监督管理四大体系都呈现出各自的特征和问题, 因而“十四五”时期需要在扩大覆盖面、拓展筹资渠道、提高给付水平、重视医养结合、完善基金管理、建设“护联网”信息系统、创建技术标准体系等方面优化发展路径。

关键词: 长期护理保险; 试点政策; 政策评估; 发展路径

中图分类号: C913.7 文献标识码: A 文章编号: 1005-0566(2022)10-0041-10

Characteristics , problems and path optimization of long-term care insurance pilot policies

——Based on a comparative analysis of two batches of policies in 29 national pilot cities

DAI Weidong^{1 2 3}, WANG Qiange¹, ZHU Rucheng¹, LIN Wenjie¹

(1. School of Public Administration , Zhejiang University of Finance and Economics , Hangzhou 310018 , China;

2. China Institute of Regulation Research , ZUFE , Hangzhou 310018 , China;

3. National Institution Research Institute of Zhejiang University , Hangzhou 310058 , China)

Abstract: With the acceleration of the aging of our country's population , the disability of the elderly has gradually evolved into a new social risk. For this reason , socialized long-term care insurance was born as a new system of traditional elder service system reform. Through the comparative analysis of the two batches of long-term care insurance pilot regional policies in 2016 and 2020 , the paper found that the four major systems of the pilot policy's guarantee object , financing and payment , service supply , and supervision and management all present their own characteristics and problems. During “the Fourteenth-Five Plan” , it is necessary to optimize the development path in terms of expanding coverage and financing channels , improving the level of payment , the integration of medical and care , improving fund management , building a “nursing network” information system , and creating a technical standard system.

Key words: long-term care insurance; pilot policy; policy evaluation; development path

收稿日期: 2021-10-13 修回日期: 2022-08-05

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)。

作者简介: 戴卫东(1968—)男, 安徽桐城人, 浙江财经大学公共管理学院教授、博士生导师, 浙江财经大学中国政府管制研究院研究员, 浙江大学国家制度研究院特聘研究员, 研究方向为长期护理保险与医疗卫生政策。

21 世纪初我国进入老龄化社会。2020 年第七次全国人口普查统计显示,人口结构向快速老龄化推进。在规模庞大的老年人口中,有相当一部分人正处在失能或半失能的状态。据测算我国失能老年人 2020 年达到 5 271 万,2030 年在 7 700 万人以上^[1]。失能失智人群离不开长期护理服务。所谓长期护理服务(Long-Term Care, LTC),是指面向失能失智人群的失能期生活照料、慢病期康复护理、恢复期健康维持、独居期心理慰藉以及临终期安宁疗护等一揽子非正式的居家服务和正式的社会化专业服务总称。再加上 1.5 亿位老年慢性病患者是失能老年人的潜在对象,老年群体的失能现象已经逐步演进为我国一个新的社会风险。随着人口老龄化、高龄化加剧,传统养老服务依靠财政投入和划拨福彩基金的二元筹资体制不能适应新时代“老有所养”的需要^[2],建立社会化的长期护理保险(Long-Term Care Insurance, LTCI)制度成为愈加迫切的社会需求。长期护理社会保险就是通过社会化的多元渠道筹集资金来分担参保人失能后产生的护理服务费用支付。

为积极应对人口老龄化,人社部于 2016 年 6 月发文,第一批在 15 城市启动长期护理保险(以下简称“长护险”)制度试点。国务院职能部门改革后,长护险归口国家医疗保障局管理。2020 年 9 月,国家医保局和财政部联合颁布医保发文(以下简称“《意见》”),第二批新增 14 个试点城市,试点期限 2 年,探索建立以互助共济方式筹集资金、为长期失能人员的基本生活照料和与之密切相关的医疗护理提供服务或资金保障的第六大社会保险制度。目前,长护险国家级试点城市 29 个,加上地方省级试点共有 49 个城市,截至 2022 年 3 月底,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^[3]。

本文首次以两批 29 个国家试点城市截至 2022 年 3 月的长护险政策为研究对象,重点从保障对象体系、资金筹付体系、服务供给体系以及监督管理体系 4 个方面进行全面深入地比较分析,探索各地试点政策特征和存在的问题,为“十四五”时期积极应对人口老龄化的长护险制度发展提供

有价值的参考。党的二十大报告明确提出要“建立长期护理保险制度”。

一、保障对象体系的特征与存在的问题

(一) 参保对象的特征与问题

参保对象的确定不仅是长护险设计的关键内容,而且是长护险筹资机制的首要环节。《意见》规定,在试点阶段,长护险制度原则上主要覆盖职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”)参保人群。试点地区可根据自身实际,合理确定参保范围并逐步扩大。

通过梳理两批长护险试点政策,参保对象分为三类:一是城镇职工医保的参保人。如承德、齐齐哈尔、宁波、安庆和广州等 17 个试点,将筹资对象主要界定为参加全市城镇职工医保的参保人。二是城镇的职工和居民参加基本医疗保险人员,如长春。三是城乡基本医疗保险所有参保人员。如上海、苏州、上饶、青岛和荆门等 11 个试点城市(见表 1)。

表 1 试点城市长护险参保对象类型

参保对象	试点城市
城镇职工医保的参保人	承德、齐齐哈尔、宁波、安庆、重庆、天津、晋城、盘锦、福州、湘潭、南宁、黔西南州、昆明、汉中、甘南州、乌鲁木齐、开封
城镇职工医保+城镇居民医保的参保人	长春
城镇职工医保+城乡居民医保的参保人	上海、苏州、上饶、青岛、荆门、成都、石河子、石景山区、呼和浩特、广州、南通

注:长春市长期护理保险试点政策扩大覆盖面至全体城乡居民还在征求意见阶段。

党的二十大报告提出,“健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次社会保障体系”。长护险作为一项新生的社会保障制度,如果依然沿袭计划经济时代城乡“二元”分割的社会保障制度设计,不仅不符合二十大报告“覆盖全民”的要求,而且背离了新时代“老有所养”“弱有所抚”民生理念。为了减少制度转轨的成本,目前试点城市以城镇职工或以城镇的职工与居民为参保对象政策不利于促进社会公平。

(二) 受益对象的特征与问题

两批试点城市中,大部分城市都强调要解决重度失能人员基本护理保障需求,优先保障

符合条件的失能老年人、重度残疾人。通过失能评估鉴定依据,试点城市受益对象分类如表2所示。

一是大部分试点城市受益对象明确。承德、荆门、齐齐哈尔在内的17个城市采用《日常生活活动能力评定量表》(Barthel指数评定量表)作为失能评估的依据;南宁则采用《Katz日常生活功能指数评价量表》评定失能人员;长春则兼顾更多的保障对象,按国家《综合医院分级护理指导意见(试行)》将低于(含等于)50分的癌症晚期患者纳入保障。二是部分城市开始探索地方性的失能评估标准。上海、苏州、青岛等7个城市制定了专门的评估标准作为失能评估的鉴定依据,青岛还对失智人员纳入受益对象进行了规定。三是小部分城市未对失能评估标准作出明确规定。如甘南州、晋城、盘锦、开封4个城市。

表2 试点城市长护险受益对象的认定标准

鉴定依据	试点城市
《日常生活活动能力评定量表》(Barthel指数评定量表)	承德、荆门、齐齐哈尔、南通、安庆、石河子、重庆、广州、宁波、成都、长春、北京石景山区、呼和浩特、湘潭、黔东南州、汉中、乌鲁木齐
《Katz日常生活功能指数评价量表》	南宁市
地方评估标准	上海、苏州、青岛、福州、天津、昆明、上饶
未作明确规定	甘南州、晋城、盘锦、开封

失能评估指标是长期护理保险制度运行的前端重要环节,它关系到受益人数多少、保险成本高低、缴费方负担轻重、财政投入压力、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^[4]。正因如此,在长护险试点5年后的2021年8月3日,国家医保局办公室和民政部办公厅联合发布了《关于印发〈长期护理失能等级评估标准(试行)〉的通知》^[5]。该项国家标准相较于上述各地“碎片化”的失能评估标准有很大进步,基本上回应了目前长护险试点城市标准需要完善的紧迫性,在指标设置、等级划分和评估流程上做了原则性规范,能够较好地指引试点城市的实践。但是,随着长护险试点的扩面与定型,未来在护理审查机构成员的多元性与专业性、护理审查流程参与主体的权

威性与多重机制,以及等级认定的对应服务项目、服务时间和支付标准等方面还有较大的提升空间。

二、筹资支付体系的特征与存在的问题

(一) 筹资渠道的特征与问题

在资金筹集渠道方面,《意见》原则性提出各地可通过调剂职工医保费率以及调整职工统账结构等途径为长护险筹措资金。比较各试点长护险的筹资渠道,根据各地筹资来源的类型,大致可分为单一型和多元型两种。单一型是长护险的基金来源主要依靠医疗保险统筹基金划拨。多元型是指试点城市长护险的基金来源于个人缴费、用人单位缴费、医保基金划转以及财政补贴等渠道。根据表3,对试点城市长护险的筹资渠道进行如下分类。

1. 筹资渠道以多元筹资渠道为主。在单一型的试点城市中,宁波和广州的长期护理资金主要源于医疗保险统筹基金划拨;而长春、盘锦的退休人员、北京石景山区的职工则依靠医疗保险统筹基金和个人账户共同划拨。其他城市均采用多元筹资渠道。其中,筹资渠道最多元的是石河子的居民参保,采取医疗保险统筹基金、个人缴费、财政补助、福彩公益金多渠道多元筹资的方式,确保资金来源。

2. 不同的参保对象安排不同的筹资渠道。福州、南宁、昆明、晋城、盘锦5个试点城市都对退休人员的筹资进行了具体规定。甘南州则针对各级机关、事业单位参保人员、关停的国营破产企业退休职工做出了规定,由同级财政进行补助,个人缴费通过划转个人账户资金。

3. 特定阶段和特殊人群的筹资渠道。除了起步阶段单位缴费从其缴纳的职工基本医疗保险费中划出的规定以外,昆明还明确规定自长护险启动实施后,城镇职工基本医疗保险统筹基金和个人账户基金划入比例分别调低0.2%,确保不因长护险的启动而增加单位和个人缴费负担。汉中市规定,经认定的特殊困难退休职工个人缴费部分由个人和财政各分担50%,以减轻特殊困难人群及其家庭的贫困压力。

表 3 试点城市长护险的筹资渠道特征

筹资渠道	试点城市
医疗保险统筹基金	宁波、广州
医疗保险统筹基金 + 个人账户	盘锦(退休人员)、北京石景山区(职工)、长春、开封
医疗保险统筹基金 + 个人账户 + 财政补助	成都(职工)
医疗保险统筹基金 + 个人账户 + 单位缴费	上饶(职工)
医疗保险统筹基金 + 财政补助 + 福彩公益金	石河子(职工)
医疗保险统筹基金 + 个人缴费	北京石景山区(灵活就业)、齐齐哈尔、重庆
医疗保险统筹基金 + 个人缴费 + 财政补助	乌鲁木齐、呼和浩特(居民)、南通、苏州、安庆、青岛、荆门、承德、上饶(居民)
医疗保险统筹基金 + 个人缴费 + 财政补助 + 福彩公益金	石河子(居民)
单位缴费 + 个人缴费	上海(职工)、天津、湘潭、福州(职工)、南宁(职工)、昆明(职工)、盘锦(职工)
单位缴费 + 个人缴费 + 财政补助	汉中、黔西南州、呼和浩特(职工)
个人缴费 + 财政补助	北京石景山区(灵活就业)、上海(居民)、成都(居民)
个人账户	福州(退休人员)、南宁(退休人员)
个人账户 + 财政补助	甘南州(机关事业单位、破产国企职工)、昆明(退休人员)、晋城(退休人员)
个人账户 + 单位缴费	甘南州、晋城(职工)

注:试点城市后“()”表明参保对象身份,没有“()”的则表明该城市参保对象的筹资渠道相同。

理论上,医疗保险与长护险应对的社会风险不同,前者解决健康风险,后者解决失能风险。《意见》指导各地划拨医保统筹基金的做法只能是我国经济“新常态”下的权宜之计,因为这不仅违背了保险风险原理,而且导致医保基金“收不抵支”的困境,更重要的是长护险基金可能面临“断供”的风险。从法理上来讲,医保的个人账户资金属于个人财产,为了不增加城乡居民六大社会保险缴费的压力,鉴于现阶段医保个人账户的功能饱受诟病^[6],当期个人缴费从个人账户划拨是一种可行的过渡选择^[7]。

(二) 筹资模式及水平的特征与问题

目前,试点城市长护险基金的筹资形式主要有定比筹资与定额筹资两类。定比筹资指的是以社会平均工资、居民可支配收入或人均纯收入等特定的收入标准为基数,进而按照规定的比例收取保险费用的筹资方式;定额筹资则主要是规定参保人在一定周期内缴纳一定数额保费的筹资

方式。

1. 定额筹资。试点城市规定筹资标准,并按照医疗保险统筹基金、个人账户、财政补助等不同筹资渠道分别按规定数额进行筹资,筹资标准从每人每年 24 元至每人每年 240 元不等,筹资标准差距大。

2. 定比筹资。采用定比筹资的城市有承德、长春、上海、宁波等 14 个试点城市,上述城市由医疗保险统筹基金、个人账户、财政补助等不同筹资渠道分别按规定比例进行筹资。定比筹资的筹资水平可分为 3 类:一是以居民或职工的收入水平为基数,承德、荆门、湘潭等 7 个城市的筹资水平主要以本市上一年度人均可支配收入、在岗职工平均工资水平来决定,主要表现在退休人员的缴费上,二是以社会医疗保险缴费基数为基数,有上海、成都等 9 个试点城市;三是以医疗保险基金累计结余状况为依据确定筹资标准,如长春、宁波等 5 个试点城市。

3. 定额 + 定比的筹资模式。第二批试点城市中出现了定额筹资与定比筹资结合的筹资形式,呼和浩特市将职工与城乡居民筹资分开,职工采取定比筹资的方式进行筹资,市本级财政每人每年补助 10 元;而城乡居民则采取定额筹资的方式,筹资标准为每人每年 70 元。

采用定额与定比筹资模式没有什么不可,关键是要遵循社会保险的筹资浮动规律。目前各地处于试点阶段还没有按照独立险种建制。结合 OECD 国家长护险制度大多采取“企业、个人缴费和财政补助”的“三方缴费”原则^[8],29 个试点城市没有一个依此原则建立筹资制度,不仅如此,而且不同试点市之间以及同一个试点市的职工与城乡居民之间的筹资水平差距较大。

(三) 待遇支付的特征与问题

通过对各地试点方案比较发现,我国长护险形式分为居家护理、养老机构、医疗机构 3 种,其中青岛的服务形式划分较为细致,居家形式的护理除了居家医疗护理外,还包括社区巡护,由护理服务机构(含村卫生室)照护人员通过上门

形式,提供巡诊照护服务。少数地区则没有完全提供这3种服务形式,如宁波没有对居家护理做规定,齐齐哈尔则没有规定医疗护理的服务形式。

1. 待遇支付水平逐渐与失能等级挂钩。第一批试点城市在待遇给付时,仅有南通和苏州根据失能程度的不同进行了区分,两地区对重度失能的支付水平高于中度失能。而第二批试点城市中,盘锦、南宁、呼和浩特等城市已明确将待遇支付与失能等级挂钩。

2. 待遇支付水平与参保年限挂钩。成都、湘潭、晋城、昆明、甘南州、石河子等城市均在缴费年限方面作出了相关安排。如成都市规定,参保人员已连续参保缴费2年(含)以上并累计缴费满15年。申请待遇时未缴足15年的,可按标准一次性补足缴费年限后享受相关待遇。

3. 待遇支付助推脱贫攻坚政策。如上饶市、黔西南州规定对已纳入扶贫对象的建档立卡户和城镇贫困人口,经护理服务机构培训,在机构的管理、指导、监督下,为其家里选择居家上门护理的失能人员提供照料护理服务,服务费用由长护险定点的护理机构支付。

4. 异地护理、评估有效期等特殊情况的待遇。在第二批试点城市中,值得关注的是南宁的异地护理规定,选择在异地接受定点护理机构上门护理或入住定点护理机构的,由长护险基金按照每月护理待遇标准的60%支付,余下40%由个人支付。呼和浩特、汉中、天津3个试点城市均规定评定有效期不超过两年。在城镇化加速推进的今天,异地养老逐渐成为一种较普遍的现象,老年人更加关注迁入地的福利政策^[9],南宁市异地护理政策为异地养老的老年人提供了便利,也是长护险政策的一种创新。

各试点城市长护险的待遇支付政策有较大的差异性。一是,支付水平的差距大。定额支付的城市支付标准从15元/天至100元/天不等,定比支付的城市补偿比例从产生费用的50%至100%不等,并且大多数试点城市还规定了最高支付限

额,可以看出各个试点城市之间的支付标准存在较大差距。二是,支付范围的差距大。如长春仅支付机构护理费用,这种做法有待商榷,由于居家护理费用不享受报销,容易造成失能人员“社会性入院”的道德风险;上饶的支付范围则包括评估费用、自主照料费用、居家上门护理费用、居家上门产品(辅具)租赁费用等。长护险支付要体现“有所为”和“有所不为”,机构上门护理和专业性适老辅具出租的费用应由长护险负担^[10],而评估费和床位费等则可考虑自付,其中,评估费自付能起到类似于社会医疗保险“起付线”的作用。三是,值得注意的是,大部分地区机构护理的支付水平高于居家护理。居家护理的支付水平高于机构护理的地区仅有荆门、上海、成都、苏州、广州、呼和浩特、甘南州、盘锦、乌鲁木齐9个试点城市。我国养老服务体系的发展方向是“9073”或“9064”,居家和社区服务是主体,以待遇支付标准作为杠杆引导失能老年人接受社区和居家护理是必然的导向,其他20个试点城市的政策规定不符合发达国家社区照顾的经验。

三、服务供给体系的特征与存在的问题

(一) 服务内容的特征与问题

《意见》提出,要重点解决重度失能人员的基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理问题。尤其是第一批试点地区长护险服务地区之间的服务项目数量侧重点差异较大,“碎片化”特征较为明显^[4]。

在29个试点地区中,部分地区对长护险的服务项目划分做了具体说明。大部分地区以生活照料服务为主,如上海、苏州、南通、天津、福州、开封;部分以医疗护理服务为主,如青岛、广州、石河子。少数城市的试点政策两者平均兼顾,如荆门、成都(见表4)。此外,也有部分地区对服务项目做了特殊的划分,如开封市增设了服务设施项目1项(护理床位),齐齐哈尔则是按照供给形式不同将服务项目又进行了进一步划分,归为居家护理服务内容14项、养老护理服务机构服务内容20项、医养护理机构服务内容27项。

表 4 部分试点城市长护险的服务内容

服务项目	试点地区										
	上海	苏州	南通	青岛	荆门	广州	成都	石河子	天津	福州	开封
生活照料	27	13	10	6	14	7(含31小项)	16	6	16	16	32
医疗护理	15	2	2	14	13	19	13	13	11	11	10
合计	42	15	12	20	27	31	29	19	27	27	43(另加服务设施1)

从表 4 可以看出,两批长护险试点城市之间的服务项目数量、侧重点的差异较大,仍然呈现出明显的“碎片化”特征。长护险制度建立的初衷是解决失能老年人的生活照料、慢性病康护和心理抚慰等需求,最基础的也是最根本的是以生活照料和心理抚慰的“养”为主,以慢性病康护的“护”为重,以急症治疗的“医”为辅。目前试点城市的政策则表现出养护服务项目数量之和最少的是 12 项、最多的是 40 多项,且有的试点市完全倾向于医疗护理,导致生活照料与医疗护理二者项目数量悬殊太大。事实上,长期护理与医疗护理并不是一回事,医疗护理属于医疗保险支付,长期护理可以与医疗护理的两个服务体系打通,做到“医养结合”,但长期护理待遇支付只能由长护险支付,而不应该由医疗保险承担。

(二) 服务形式的特征与问题

在长护险服务供给形式上,各试点地区主要分为机构护理和居家护理两种主要形式。绝大多数试点地区两者都有涵盖,部分地区供给形式仍不健全,没有居家护理,只有机构护理,如宁波、湘潭、南宁。其中 ①各地对机构护理的供给有更进一步的划分,但是表述不尽相同,没有统一的规范,大体可以分为两类。一是按机构性质划分,可划分为医疗机构护理和养老机构护理两种,如承德、长春、苏州、南通、安庆、青岛、广州、福州等 18 个城市;二是按机构提供服务的方式划分,可划分为机构内护理和机构上门护理,如上饶、黔西南州、盘锦、北京市石景山区、晋城、乌鲁木齐等 7 个地区,其他地区则没有详细划分。②各试点城市对居家护理的划分,大多是按照提供服务的方式划分,可分为居家家属护理与居家上门护理两种,如成都、开封、汉中、晋城、乌鲁木齐等 10 个城市,其余 19 个试点城市则是没有做详细的划分。另外,上海和青岛还增设了社区日间照护这一形式,

具体如表 5 所示。

表 5 试点城市长护险的服务供给形式

服务供给形式	细分标准	试点地区
机构护理	按机构性质(养老、医疗)	宁波、湘潭、承德、长春、苏州、南通、安庆、青岛、广州、福州、齐齐哈尔、昆明、荆门、成都、开封、汉中、上海、石河子
	按提供服务的方式(机构内、上门)	南宁、上饶、黔西南州、盘锦、石景山区、晋城、乌鲁木齐
	无详细划分	重庆、天津、呼和浩特
居家护理	按提供服务的方式(家属、上门)	成都、开封、汉中、上海、上饶、黔西南州、盘锦、石河子、晋城、乌鲁木齐
	无详细划分	承德、长春、苏州、南通、安庆、青岛、广州、福州、齐齐哈尔、昆明、荆门、重庆、天津、呼和浩特、石景山区

表 5 显示,各试点城市长护险服务在供给方式上还存在一些问题。其一,不少试点城市对居家护理和机构护理并没有做出具体分类。由于失能老人的家庭情况各不相同,轻度和中度失能老人一般选择居家护理,重度失能老人会选择机构护理,有家属照护的选择家庭自主服务,也有重度失能老人由于经济困难或生活偏好更愿意居家上门照护,但每种护理服务方式的价格不尽相同,所以没有细分的服务方式忽略了失能老人的有效需求不足,不以需求为导向,容易造成实践工作的被动。其二,“养老机构+医疗机构”的长护服务在实践中背离了医养结合的本质。无论是养老机构内设医疗机构,还是医疗机构内设养老专区,大多存在着套取医保基金的利益冲动。

四、管理监督体系的特征与存在的问题

(一) 基金管理的特征与问题

从试点城市的基金管理来看,部分试点地区的长护险基金管理主要实行市级统筹,试点阶段按照《意见》中的“统一政策标准、统一经办管理、统一招标采购、第三方承办运营”模式展开基金单独建账、单独核算(见表 6)。也有部分试点地区相

关文件中甚至没有涉及基金管理的内容。此外,一些试点地区还积极探索了以下长护险基金管理的创新办法。

1. 建立长护险调剂金或风险准备金制度。如青岛市通过建立职工居民护理保险调剂金,每年从职工和居民护理保险资金中分别按不超过5%的比例划取,统一调剂使用。成都市医保经办机构按季度将长护险基金划拨给委托经办机构,用于支付待遇和失能评定费用,同时预留10%的基金作为风险准备金。

2. 建立延缓失能失智预防保障金。与调剂金制度和风险准备金制度相同,预防保障金制度也是从职工和居民护理保险基金中划拨,但是不同地区划取的比例有所不同。如青岛市每年从职工和居民护理保险资金中分别按不超过1%的比例划取,接受社会各界捐赠,统一用于延缓失能失智预防工作。

3. 地方财政“兜底”基金缺口。如长春市规定当基金当期出现缺口,由省人力资源和社会保障厅会商省财政厅解决,不得使用职工基本医疗保险、工伤保险和生育保险基金等进行调剂。

表6 试点城市长护险基金管理模式

管理模式	试点地区
医疗保险经办机构运营	齐齐哈尔、长春、承德、上海、石河子,盘锦、南宁、乌鲁木齐
医疗保险经办机构负责监督,委托商业保险公司管理	青岛、南通、苏州、宁波、广州、安庆、上饶、荆门、重庆、成都、福州、黔西南州、昆明、汉中、湘潭、呼和浩特、石景山区、天津、晋城、开封

注:甘肃省甘南自治州的试点政策相关文件尚未搜集到

长护险基金管理三种创新办法的确值得推广,从表6可以发现,至少有8个试点城市长护险基金由医保经办机构运营,可能存在两个风险:一是目前医保经办机构受编制限制在管理医保基金的同时,难以有精力完全胜任长护险基金的业务管理,“细节决定成败”;二是依附于医保基金监管缺乏独立性。由于还没有独立险种制度设计,当前基金监管大多以内部审计、外部监管形式进行。不同试点城市长护险基金监管形成了不同模式,缺乏统一性,使得整体基金监管存在不足,可能会产生医保基金收不抵支时透支长护险基金的风险。

(二) 经办管理的特征与问题

1. 政府部门为主,市场力量为辅。如宁波市和重庆市在长护险经办管理职责分工方面主要表现为市级社保经办机构负责统领全局,包括规则制定、监督管理、基金管理等内容;区级医保(社保)经办机构是对市级社保经办机构工作的具体落实;第三方机构则主要负责评估、审核、检查、宣传和咨询等工作。医(社)保经办机构负责主要工作,第三方机构起到补充协助作用。

2. 市场力量凸显,政府负责行政管理。如成都市将长期照护保险费用的审核、结算工作交由第三方机构负责。石景山区社保经办机构负责长护险参保登记和基金的征缴、支付、账户管理,负责参保单位及个人的监督管理工作,区医保局对商保经办机构实行协议管理,第三方机构承接长护险的咨询、监督和管理、审查、结算核算以及支付、档案管理、信息系统建设等。

现阶段试点城市关于长护险经办管理政策仍不完善,只有部分地区在实施意见中单独列出并做出详细规定,部分地区甚至在实施意见中完全没有涉及。据调研,目前在试点城市经办管理中最大的问题就是医保部门缺乏专业性经办人员。大多经办人员没有相关经验,缺乏系统性培训,对长护险了解不够深入,尤其是一线人员,对老人生活护理、医疗保健和心理疏导等欠缺专业性知识,导致护理质量监管难以真正落实。

(三) 信息化建设的特征与问题

目前,基本上所有试点城市都制定了信息化建设的目标,规范利用移动化的管理工具,实现参保管理、待遇算法、考核评价、基金结算和服务行为等数据汇聚的全程智能化管理。同时,探索实现部门间信息共享,打通部门之间信息壁垒,提高信息处理能力和效率。各试点城市信息平台建设主要有如下两种。

1. 建设独立的长护险信息系统,并与区域的医保、人社、卫生、民政、残联及人口基础数据库管理系统进行信息共享。如天津市、开封市、湘潭市、威海市等,建立本市长护险信息系统,实现全过程信息化管理,要求委托经办机构、定点护理机

构和失能评定机构配置软硬件设备,并做好信息实时上传和人员管理。成都市通过市医保事务中心、市医保信息中心,石河子市通过兵团“金保工程”系统获取参保人参保、失能等信息,实现费用联网结算等相关业务。

2. 依托现有的医保信息平台。如呼和浩特市,依托全国统一的医保信息平台。还有一些地区是依托省市级现有医保管理服务信息系统,如吉林省通过现有医疗保险管理服务信息系统,实现省直长护险资金归集、参保人员管理、待遇管理、定点机构管理、费用结算等。

表 7 试点城市信息系统建设情况

信息系统	试点地区
建设地区独立的长护险信息系统	天津、开封、湘潭、苏州、福州、黔西南州、昆明、乌鲁木齐、南宁、齐齐哈尔、上海、南通、上饶、石景山区、成都、石河子
依托现有的医保信息平台	呼和浩特、青岛、荆门、广州、重庆、盘锦、长春、宁波、安庆、晋城、汉中、承德

注:甘肃省甘南自治州的试点政策相关文件尚未搜集到

由上可知,两种形式的长护险信息平台建设都偏重于参保对象、基金管理、待遇支付等方面的行政事务管理,而真正的信息化建设包括实现失能等级评估、申请经办、服务全程、待遇结算的信息化,并实现与民政、残联、医保等行业管理部门相关信息系统互联互通、信息共享。从目前来看,各个试点地区长护险信息化还没有完全实现与定点医养机构的连接互通,更未能做到建立基于移动网络和智能终端为基础的社区居家照护系统,从而难以实现上门服务过程中的服务内容派送、服务时间监控、服务结果评价和风险预警呼叫等方面的信息化。

(四) 质量监管的特征与问题

质量监管主要是指试点地区针对长护险政策实施过程进行评价考核和监督管理。大部分试点地区对质量监管都进行了详细的规定。

1. 管理制度的建立。基本上所有试点地区都建立了包括长护险运行分析、服务质量评价机制和日常巡查机制在内的管理检查制度。如呼和浩特市、重庆市、成都市等。

2. 监管框架的确立。包括机构监管机制、信息监管机制、运行监管机制、基金监管机制、人员监管机制、第三方委托服务机构监管机制、风险防

范机制、考核奖惩机制和流程监管机制等,同时还有相关的法律法规和规章制度以及投诉渠道的建设。有些地区重点强调对基金运行的监管,如重庆市、成都市和济宁市等。有些地区强调对机构运行的监管,如吉林省。

3. 监督管理的方法。包括信息实时上传、第三方机构审查、跟踪调查、网络信息系统、随机抽查访谈、满意度调查、绩效评估、考核奖励、建立失信清单等手段。重庆市在该方面做得相对比较完备。

4. 经办机构的考核。主要是指社保中心建立对委托经办机构的考核考评机制,作为经办服务费用和基金划拨的主要依据。主要内容包括经办服务的工作情况、失能评定的工作情况、照护服务的提供情况、照护服务满意度情况以及其他需要考核的内容,如东营市。

由此可以看出,各试点地区长护险的质量监管大多重视基金监管,实质上长护服务质量的监管是重中之重。如果不能提供失能老年人满意的服务,那长护险制度就名存实亡,反而增加了行政管理成本。为此,建立一套完备的服务质量保障的配套机制尤为重要,如失能等级鉴定机制、定点与招标机构遴选机制、养护员教育培训机制以及“护联网”信息化机制等。在现阶段看来,还很少有试点地区搭建起较完善的配套机制。

五、长护险试点发展的路径优化

综合两批国家试点 29 个城市长护险制度的保障对象体系、资金筹付体系、服务供给体系以及监督管理体系存在的问题,借鉴国际成熟的经验和国内试点先进地区的创新实践,遵循长护险制度运行的规律,需要对“十四五”长护险制度发展路径进行深入思考。

(一) 扩大覆盖面,提升制度公平性

本质决定理念。长护险应尽快扩大试点范围,将广大城乡居民纳入保障网。一方面是制度正义的内在要求,另一方面也是保证制度可持续发展的源泉动力。长护险“资金池”越大,制度支付能力越强。扩容长护险“资金池”的关键是让更多的居民参与制度之中。应该充分吸收德国

“家庭联保制”社会护理保险模式,以及国内上海、青岛等城市试点经验,加强顶层设计,推进扩大试点范围,尤其是向农村地区拓展,做到城乡全覆盖,农村地区失能人群也应享受到制度实惠。

(二) 拓展筹资渠道 强化制度独立性

建立社会化长护险,需要依托资金成本投入作为保障。长护险依靠划转社会医疗保险基金结余的方式筹集资金,不是长久之计,筹资渠道需要进一步拓宽。为此,需要出台和实施财政补贴、税收优惠措施,大力倡导和鼓励慈善捐赠。“十四五”后期长护险按照“第六险”建制,构建起多元化的筹资渠道,包括政府、单位、个人,以及划拨福彩资金和接受慈善捐款。促进资金使用互济性的提升,保证长护险基金的独立性。针对困难人群实行减免费用参保政策,发挥公共财政的职能。

(三) 提高给付水平 缓解老年家庭贫困

根据对试点地区政策分析发现,在限额支付的政策下,相当一部分地区长护险待遇存在给付水平较低问题。而现实中,一些地方医养结合养老机构,开办困难、发展艰难,期盼着医疗保险政策更加关照、长期护理保险制度全面覆盖^[11]。据调研,当前部分试点城市的长护险基金积累额较大,为此“十四五”长护险全面推进时期,待遇支付必须做到与失能等级、缴费年限、医养结合机构类型挂钩,同时还要助推“共同富裕”国策,适度提高待遇标准。针对受益的失能老年人家庭开展家计调查,对于低保家庭或因病致贫家庭可以适当提高支付比例。不一定局限于国家医保局政策文件的70%报销比;此外,针对失能老年人收入普遍不高的状况,借鉴日本和韩国的个人自付费用标准,长护险予以90%左右的报销比来引导“居家为基础,社区为依托”的养老服务方向,尽可能提供社区居家服务和居家上门服务(包括家庭病床),以降低失能老年人因“社会性入院”产生的高经济负担而陷入贫困的风险^[12]。

(四) 重视医养结合,优化服务供给方式

从老年人的个人意愿、服务可及性、老年人生

活质量以及医疗资源利用效率等角度出发,社区及居家养老的辐射范围和照护效果都比机构养老更适合未来老龄化社会的家庭小型化趋势。目前部分试点地区完全倾向于医疗护理的政策有失偏颇。

细节决定成败。为了改变利益驱动下养老机构与医疗机构之间医养结合“一哄而上”的局面,有必要充分地整合医疗和养老资源。第一,把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。第二,鼓励养老机构在建立医务诊所的基础上,通过与附近的医疗机构签订合同的方式,将养老机构内的医护服务实行业务外包。第三,养老机构与医疗机构合作,宜采取联合运行模式,重在建立双向转诊机制,由医疗机构接受上向转诊老人的疾病治疗服务,而养老机构则负责接受出院后老人疾病稳定期或康复期的照护服务,实现“大病去医院,康复回社区”资源整合目标。

(五) 完善基金管理,促进可持续发展

长护险基金管理涉及到制度的安全性与可持续发展。第一,统一基金监管机制。加快长护险作为独立险种的制度设计,推动资金筹集与基金监管机制的统一。重点在于强化基金监管的内部审计、财政监督,以及完善配套监管体系。第二,基金支付采取“两条线”策略。一是针对参保人采取“费用补偿型”支付方式,即参保人接受长护服务时产生的直接费用,费用补偿借鉴医保制度可设置起付线、封顶线和自付比例等。二是针对定点服务机构采取“待遇确定型”支付方式,即根据不同失能等级应提供对等的服务项目和服务时长来设计相应的费用确定的支付标准,用于偿付长护服务机构所消耗的康养护资源和人力资源等成本。第三,提高基金管理的效率。在长护险基金运营管理上,借鉴新加坡的乐龄健保400计划(Eldersshield)的“政府主导,商保运营”PPP模式,发挥商业保险公司精算、审核以及服务专业性与效率性等方面的优势,委托具有资质的商业保险公司承办,以极大地提高基金管理和制度运行的效率。

(六) 建设“护联网”信息系统,提高监管与服务效率

在互联网发达的时代,长护险也要与时俱进,探索“互联网+长护险”模式,建立起“护联网”体系,实现精准监督,提高服务效率。一是建立长护险综合信息平台。根据参保人群为基本医疗保险参保对象的要求,比对医保数据库,准确把握参保人信息。打破数据壁垒,实现与医保、人社、卫健、残联等部门数据融合;优化联网监测数据上报机制,实现申报和结算台账的自动生成,提高数据波动的敏感度。招标专业的信息系统服务供应商或商业保险公司,搭建专属的长护险信息综合服务平台,开发长护险智能监控系统和稽核系统。二是推进“互联网+智能化”的社区居家服务网络建设。长护险制度离不开长护服务全方位供给,未来社区居家服务需要搭建装配智能呼叫系统、行踪定位系统、健康档案管理系统、远程健康监护系统以及视频关爱系统等硬件信息系统。五大信息系统依托综合信息平台贯穿于长护服务全过程。

(七) 创建技术标准体系,为长护服务高质量“保驾护航”

技术决定进步。高质量的长护险服务需要一系列的技术标准来支撑,主要包括失能等级鉴定标准、定点机构遴选标准、照护服务规范标准、养护人才教育培训标准以及服务质量监督标准等五个单列技术规范。其中,失能等级鉴定标准、定点机构遴选标准、照护服务规范标准以及养护人才教育标准属于长护险服务质量的事前防范机制,在长护险制度建立之前就需要有“兵马未动,粮草先行”的意识,德国、日本和韩国先行培育长护险服务基础的经验值得我们学习。养护人员的在岗培训标准以及定期或不定期的行政检查监督属于长护险服务质量的事中加强机制,而年度的行政与受委托的第三方机构例行检查、回访和调查等

标准则属于长护险服务质量的事后提升机制。依靠一系列技术标准的“事前防范——事中加强——事后提升”质量监督体系可为长护险的可持续、健康运行提供重要的技术保障。

参考文献:

- [1] LUO Y N, SU B B, ZHENG X Y. Trends and challenges for population and health during population aging—China, 2015–2050 [J]. *China CDC weekly*, 2021, 3(28): 593–598.
- [2] 戴卫东. 中国养老服务事业的转型、定位与发展 [J]. *安徽师范大学学报(人文社会科学版)* 2020(3): 22–31.
- [3] 中国经济网. 十年探索 长护险何时撑起失能老人“保护伞” [EB/OL]. (2022-07-27) [2022-08-05]. http://finance.ce.cn/insurance1/scrollnews/202207/27/t20220727_37909237.shtml.
- [4] 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(2): 55–65.
- [5] 国家医保局. 关于印发《长期护理失能等级评估标准(试行)》的通知 [DB/OL]. (2021-08-03) [2022-05-15]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/8/3/art_37_5692.html.
- [6] 华颖. 从医保个人账户兴衰看中国社会保障改革理性回归 [J]. *学术研究* 2020(4): 87–94.
- [7] 戴卫东. 中国长期护理保险制度构建研究 [M]. 北京: 人民出版社 2012: 223–225.
- [8] 戴卫东. OECD 国家长期护理保险制度研究 [M]. 北京: 中国社会科学出版社 2015: 190.
- [9] 秦聪, 张跃松. 京津冀协同发展背景下的在京老年人异地养老意愿研究 [J]. *中国软科学* 2020(8): 131–142.
- [10] 刘晓静, 罗椅民. 深度老龄化背景下我国适老辅具技术: 应用、适配评估与发展研究 [J]. *中国软科学* 2021(2): 57–64.
- [11] 张思锋. 中国养老服务体系建设中的政府行为与市场机制 [J]. *社会保障评论* 2021(1): 129–144.
- [12] DAI W. Is China facing the social risks associated with reliance on hospitalization for the care of the elderly with chronic diseases? [J]. *International journal of health planning and management*, 2019, 34(2): 794–805.

(本文责编: 王廷芳)