

中国特色长期护理保险建制的前瞻性思考

戴卫东*

摘要：长期护理保险制度在我国试点八年，至今制度顶层设计还在酝酿之中。在正式制度出台前，从整体性治理理论出发，需要对长护险制度的保障对象、筹资与支付模式、服务体系建设、隐含风险四个方面进行前瞻性思考。其中包含的12个核心问题的分析与解决，既吸收了国际制度经验，也体现了中国国情特色。长期护理保险的“第六险”定位，表明失能这一社会现象在我国这个人口加速老龄化的人口大国已经成为一个新的社会风险。新生事物不总是一帆风顺的，更需要我们高瞻远瞩从长远角度、大局意识出发设计好长护险制度框架。

关键词：长期护理保险 保障对象 基金管理 服务体系 隐含风险

DOI:10.19506/j.cnki.cn10-1428/d.2024.03.003

为了积极应对人口老龄化，2016年6月我国开始长期护理社会保险制度试点，2020年9月扩大试点，两批国家级试点城市49个，加上省级试点城市共计80多个。试点8年来，长期护理社会保险（以下简称“长护险”）取得了一些积极的社会效益。据国家医保局统计，截至2024年2月，试点城市参保人数约1.8亿人，通过失能等级评估、享受待遇人数累计超235万人；累计基金支出超720亿元，提供服务的定点护理机构约8000家，护理人员接近30万人。^①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（Ikegami, 2019）。但目前我国长护险制度顶层设计迟迟没有出台。各地试点在覆盖人群和受益对象、资金筹集与待遇水平、医养服务与供给方式、公私合作与管理能力等方面呈现出一系列“碎片化”特征（戴卫东, 余洋, 2021），这给长护险制度定型带来了较大的困扰。长护险制度顶层设计的重要性由此可见一斑。2024年3月国务院《政府工作报告》提出“推进建立长期护理保险制度”，党的二十届三中全会更明确提出“加快建立长期护理保险制度”。为此，本文提出需要前瞻性思考的12个核心问题，以确保长护险制度建设一开始就高瞻远瞩，做到“谋万世”“谋全局”。

一、长护险制度保障对象考量

长护险的保障对象包括参保对象和待遇对象。其中，参保对象涉及民政部门的残疾老年人救助

*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。

**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建设研究”（项目批准号：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”（项目批准号：2023GH030）。

①曾德全. 长护险失能等级评估机制日臻完善 [N/OL]. 经济参考报. <https://www.cet.com.cn/gppd/yw/10055946.shtml>.

政策对象和残联部门的福利政策对象；确定待遇对象涉及当前长护险试点政策的三个失能等级评估量表。因此，建立长护险制度首当其冲地要考虑这两个问题。

（一）残疾人要不要纳入长护险对象？

目前，我国基本实现高龄津贴、养老服务补贴和护理补贴的老年人福利制度，以及困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴的残疾人福利制度。根据 2023 年《国家基本养老服务清单》，涉及失能对象的有养老护理补贴、重度残疾人护理补贴，前者针对生活长期不能自理（或患重病，或严重肢体残疾）的经济困难老年人，后者针对残疾等级被评定为一级、二级且需要长期照护的重度残疾人。显然，重度残疾人护理补贴对象包括老年残疾人和非老年残疾人。据统计，2022 年底我国享受养老护理补贴的老年人 94.4 万人^①；截至 2024 年 1 季度享受重度残疾人护理补贴人数 1592.7 万人^②。那么，残疾人要不要纳入长护险对象？

根据国际经验，德国社会长护险参保对象为社会医疗保险的参保人，包括残疾人免费参保；长护险待遇对象为包含残疾人在内的全体失能失智人群，但残疾人福利服务、津贴与长护险待遇不能重复享受。日本长护险（介护保险）的被保险者分为两类：一是 65 岁以上的人（第一号被保险人），二是 40—64 岁的医疗保险加入者（第二号被保险人）。65 岁以上的一号参保人，只要通过失能等级评估，包括残疾人都可以享受长护险待遇；但 40—64 岁的二号参保人（包括残疾人），享受长护险待遇的条件是诊断出患有 16 种特定疾病；如果参保对象是不满 40 岁的年轻残疾人，根据残疾人福利法的规定，可以享受公费的残疾人护理服务；如果进入残疾人护理服务机构，即使年龄在 40 岁以上，也不适用于长护险，仍适用于残疾人福利法。韩国长护险参保对象为社会医疗保险的所有参保人，包括残疾人，并减免其参保费，但针对 65 岁以下的参保人只有在诊断出患有 24 种老年疾病的条件下才享受长护险待遇；其他残疾人属于残疾人福利法的保护对象。总而言之，德、日、韩三国长护险制度的参保对象都包括残疾人，但待遇对象有所不同：德国包括残疾人但不能同时重复享受残疾人福利津贴和长护险待遇，日本和韩国不包括 65 岁以下的残疾人（特定疾病患者除外）。

我国也已有一套完整的老龄、残疾人福利制度。从长护险参保角度看，残疾人纳入长护险的参保对象范围毋庸置疑，对经济困难残疾人实行免费参保。关键在于残疾人可否享受长护险待遇。第一种情况，残疾人纳入长护险待遇对象，那就涉及同一个残疾人不仅可以享有长护险资金或服务，而且可以择高申领养老护理补贴或重度残疾人护理补贴^③。显然，同一个体同一性质的失能保障不能既获得保险待遇、又领取福利补贴，若纳入 1600 万左右的重度残疾人，这会放大公共资源滥用的负外部效应。第二种情况，残疾人不纳入长护险待遇对象，但残疾人是长护险参保人，这又违背

① 民政部、全国老龄办.2022 年度国家老龄事业发展公报 [R/OL]. 民政部网站 . <https://www.mca.gov.cn/n152/n165/c1662004999979996614/attr/315138.pdf>.

② 民政部.2024 年 1 季度民政统计数据 [R/OL]. 民政部网站 . <https://www.mca.gov.cn/mzsj/tjsj/2024/202401dyjdtjsj.html>.

③ 民政部、财政部、中国残联关于加强残疾人两项补贴精准管理的意见 [R/OL]. 民政部网站 . <https://www.mca.gov.cn/n152/n165/c39505/content.html>.

了社会保险的缴费义务与待遇权利相对应的原则；如果学习日本和韩国的政策，无形中会导致政策复杂化，增加行政管理成本。因此，现阶段在不打破医保、民政、残联三家职能部门管理权限的前提下，实行长护险、养老护理补贴、重度残疾人护理补贴三者“择高享受”的方法比较可行，目的是不重复享受公共资源。下一步可以考虑将养老护理补贴、重度残疾人护理补贴的财政资金直接划拨为长护险的财政投入，所有残疾人都是长护险的潜在待遇对象，通过中重度失能评估的残疾人可享受长护险待遇。其他类型的老年人、残疾人福利政策仍由民政、残联负责管理。

（二）哪一个失能等级评估标准更可行？

无论推行社会护理保险还是商业护理保险的国家，几乎无一例外地实施了失能等级评估制度。至于失能评估工具，德国、日本和韩国依据日常生活活动能力（ADL），荷兰则采用世界卫生组织“国际功能、残疾和健康分类”（ICF）分类体系（戴卫东，2022）。截至2023年底，我国两批49个长护险政策试点城市中长春、南通、重庆等24个城市实行基于ADL能力评分的Barthel量表，南宁市采取基于ADL能力评分的Katz量表，上海、青岛等11个地市自订地方评估标准，珲春、枣庄等8个城市实行《长期护理失能等级评估标准（试行）》（2021年7月，国家医保局办公室、民政部办公厅联合发布），剩下的试点城市失能评估工具未作明确规定。

Barthel量表将ADL分为10项，每项赋予3—4个分值，总分值划分为4个等级，每个等级之间分值差距为20分；得分越高，自理能力越好，依赖性越小。但是不符合国际长护险倾向于5个失能等级的标准。Katz量表将ADL划分为6项，每项只赋予3个分值，虽然总分值划分为7个等级，但仅在ADL“独立完成”和“不能独立完成”之间搭配选择，失能标准过于粗糙；A级为完全自理，G级为完全依赖，失能分为7个等级不易实践操作。《长期护理失能等级评估标准（试行）》的评定包括ADL能力10项、认知能力、感知觉和沟通能力3个一级指标，下设17个二级指标，相对于Katz、Barthel量表来说，评定内容更全面。考虑到失智者，6个等级（0级—基本正常）易于操作，符合国际趋势。尽管如此，《长期护理失能等级评估标准（试行）》还有较大的提升空间，如每个失能等级对应的服务包设计、每项服务对应失能等级的时长多少以及居家服务、机构服务的待遇封顶线等，都需要进一步细化操作和规范指导。

笔者多年前就呼吁失能等级评估标准是长护险制度的“守门人”，因为它直接影响到长护险受益对象的多少、缴费与待遇水平的高低、护理床位供给数量、养老护理员专业化与职业化进程、财政投入增幅、服务质量标准等诸多方面的制度设计。

二、长护险制度筹资与支付模式选择

长护险基金管理由筹资模式与支付模式构成。本文重点关注筹资模式的筹资方式和基金统筹层次问题，以及支付模式的享受待遇原则和现金补偿家属照护的道德风险防范问题。这些问题也是困扰当前各地试点的实践难题。

（一）定额筹资与定比筹资方式哪个更科学？

在目前 49 个国家试点城市长护险政策中，北京、南通、天津等 27 个城市采取定额筹资模式，“单位 + 个人”的筹资总额标准每人每年 15—240 元不等；上海、广州、荆门等 10 个城市采取定比筹资模式，按照居民或职工的收入、上年度退休金收入、社会医疗保险缴费基数的一定比例确定筹资标准（0.03%—0.4%）；长春、成都、呼和浩特等 12 个城市则根据参保对象的职业、年龄分别确定“定额 + 定比”筹资标准。可以看出，无论是定额筹资还是定比筹资，不同试点市之间、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。

有关城乡居民基本医疗保险按人头定额筹资机制的研究指出，定额筹资方式面临城乡、高低收入人群以及落后与发达地区之间筹资负担的逆向调节问题，筹资能力与保障水平都不充足，个人与政府筹资负担不均衡，政府补贴较重等（李珍、张楚，2021）。因此，从定额筹资制度向定比筹资制度转变，因其内置筹资自动调整机制，不但可以实现筹资端的负担公平、提升总筹资水平和破解居民基本医疗保险保障不充分的问题，还可缩小与职工医保的差距，改善政府与个人负担不均衡的问题（李珍、张楚，2021）。从管理端来看，德、日、韩的经验和我国的实践都实行长护险绑定基本医疗保险的政策，即参加基本医保的人群法定为长护险的参保对象，基本医保的定额筹资方式产生的一系列问题在长护险的定额筹资政策中同样存在。不能因为定额筹资标准设计的便捷性而忽视长护险推行定比筹资模式的内在科学性。

（二）长护险待遇标准的基本原则是什么？

从长护险的本质和我国以居家养老为主的现状来看，至少要遵循以下三个基本原则：一是实行“总额控制 + 分类指导”原则，引导社区居家照护为主的方向。其中，（1）“总额控制”体现在人社部〔2016〕80 号文提出“对符合规定的长期护理费用，基金支付水平总体上控制在 70% 左右”的规定。（2）“分类指导”表现在以待遇支付比例设置来引导社区居家护理方向。第一类为社区居家服务，处于基础地位，以社区为依托，主要为轻度失能老人提供日常生活照料服务、为出院病人提供接续服务以及居家的中重度失能老年人提供“家庭病床”服务，待遇支付比例应该最高；第二类为养老机构，主要为重度失能老人提供照料、清洁护理服务，待遇支付比例次之；第三类为医疗机构，处于长护险服务的顶端，重点为患慢性病的失能者提供康复服务和临终病人提供安宁疗护，待遇支付比例相应最低。

二是支付范围上要体现“适度保障”。这也符合党的二十大报告提出的民生福祉要“坚持尽力而为、量力而行”原则。与护理服务直接相关的药品费、治疗费以及照护服务费等方面要做到“有所为”，床位费以及失能复评费等间接费用方面考虑“有所不为”为宜。

三是支付结构上要注重“弱有所扶”。针对家庭贫困的失能老人，由政府发放津贴，或免费参保，或由慈善服务机构提供护理服务；有条件的地区可以试行德国法定长护险“家庭联保制”，即低保、低收入边缘家庭的配偶和残疾子女随家庭主要参保人免费参加长护险。

（三）长护险要不要对家庭成员照护服务给予现金补偿？

理论上，长护险服务包括非正规服务（家属、亲友、志愿者等）和正规服务（专业人员）提供的照料护理服务活动（WHO，2000）。实践中，对家庭成员照护服务给予现金补偿会导致道德风险。相关研究表明，给予重度失能者现金补贴的模式导致高报激励，使低失能者被评为高失能者的概率显著提高7—11个百分点，异质性分析发现高报问题在初始健康状况较好的群体中更严重（封进等，2023）。为此，大多数试点地区对享受长护险待遇人员都采取服务费用封顶方法，这在较大程度上能降低高报失能等级的现象。但是，调研中发现难以杜绝家庭成员获得了现金补偿却不提供照护服务的道德风险难题。针对这一现象，在当前各地养老护理员和服务市场供给都不充分的情况下，可以采取如下五点措施。

一是以街道（乡镇）为单位，对家庭护理人员进行业务培训，提高他们的人文素养水平，以利于产生同理心和道德感的共鸣。这是最根本的办法。二是委托市场第三方（如商业保险公司）开展回访、采取社会调查等质量监督措施，如发现不提供照护服务行为，停止现金发放，并追回全部发放的现金。这是必要的机制建设。三是家属愿意从事护理服务的，必须到长护险定点服务机构注册成为一名正式护理员，受服务机构调派，只能到其他失能老年人家里做上门服务。四是学习日本介护保险的经验，实行以提供服务为主、现金支付为辅的方法。^①现金支付仅限于地理位置偏僻等服务不可及、自然灾害发生地、服务对象有严重的精神疾病等情况。五是加强征信制度建设。囿于目前我国个人征信机制还没有全面建立起来，实施该制度尚有困难，但长远来看是必行的且是最有效的。

（四）长护险基金可以一步到位地实行省级统筹吗？

按照社会保险原理，保险制度的覆盖面越大，即制度的统筹层次越高，从市级到省级再到全国统筹，那么，受保障的对象就越多，同时制度的“基金池”也越丰厚。1997年国务院发布《关于建立统一的企业职工基本养老保险制度的决定》，1998年国务院又下发了《关于建立城镇职工医疗保险制度的决定》，标志着面向我国城镇职工的基本养老保险、基本医疗保险制度的确立，当时统筹层次基本上是市（县）级实行基金管理，统筹层次较低，当时失业保险与工伤保险的统筹层次也是如此。2022年党的二十大报告提出，“完善基本养老保险全国统筹制度”“推动基本医疗保险、失业保险、工伤保险省级统筹”。至今，基本养老保险制度才推进到全国统筹层次，而基本医疗保险制度启动省级统筹进程。从待遇人群规模来看，基本养老保险与基本医疗保险是两个“大”险种，而长护险的受益对象是符合失能等级评估的重度、中度失能人员，相对看起来是一个“小”险种。

考虑到以下四个方面的因素：一是社会保险统筹层次越高、基金抗风险能力越强的基本原理；二是基本养老保险、基本医疗保险推进省级统筹的艰难历程；三是长护险被保险人罹患失能需要接

^① 日本护理保险在制度设计上从一开始就没有采纳德国护理保险实施的现金支付，而是采取由护理险相关服务机构提供护理服务为主的方法。日本厚生劳动省认为基于亲属间的服务提供，会产生服务对象固定化，以及亲属收取了现金却没有提供应有服务的现象，同时还会增加护理保险的费用。近几年日本修改护理保险条例时，也有专家指出德国的这种做法并没有带来不良后果，但最终讨论的结果还是以坚持不发现金，以提供护理服务为主的原则。

受护理服务的特征，既不同于领取养老金的普遍性，又不同于需要医疗服务的终身长期性；四是目前各地大多以重度失能人员为保障对象（大众缴费，小众受益）等方面的考量，建议长护险建制一开始就进行省级统筹设计，在全省范围内实现统一覆盖范围、统一筹资政策、统一待遇水平、统一服务目录、统一定点管理和统一基金管理的“六统一”，以避免再走基本养老保险、医疗保险的统筹老路，实质是避免制度转轨需要付出的高额成本。省级统筹分为“调剂金”模式、“统收统支、分级管理”模式以及“统收统支、垂直管理”模式，三种模式统筹质量逐渐提升。从基本养老保险的中央调剂金制度来看，养老金调剂对其他地区的养老金替代率存在正向空间溢出效应，对地方养老保障发展有改善作用（金银凤、史梦昱，2019）。至于长护险省级统筹选择哪一种模式，要依据每个省各个市的城乡居民收入水平、市级财政收入总量、省级财政转移支付能力以及人口老龄化程度等因素进行综合测算和科学抉择。

三、长护险制度服务体系核心建设

长护险制度的核心在于长期护理服务供给的可及性和高质量（戴卫东，2023）。在长期护理服务体系这个核心中又有一些核心问题值得我们去探讨。

（一）长护险建制需要哪些标准？国标、地标各是哪些？

从长护险服务的全过程来看，需要建立参保缴费与待遇标准、失能等级鉴定标准、定点机构遴选标准、定点机构协议管理标准、养老护理员教育与培训标准、服务质量监督标准以及PPP合作委托与招标等一系列标准。从立法角度来看，对于由参保缴费、账户管理和待遇支付等构成的基金体系，以及失能等级鉴定标准、养老护理员教育体系与服务质量监督标准，应体现刚性特征，严格遵照法律保留原则，适合创设性立法；而对于由定点机构遴选、定点机构协议管理、养老护理员培训、PPP合作委托与招标等构成的服务体系，应体现地方柔性管理和差异化需求特色，按照立法程序予以授权性立法（戴卫东，2024）。

这样，一方面创设性立法的范畴属于国家标准，主要包括参保缴费与待遇标准（国家医保局、财政部、税务总局负责）、失能等级鉴定标准（国家医保局、民政部负责）、养老护理员专业教育标准（教育部负责）、服务质量监督标准（国家医保局、民政部、卫健委负责）；另一方面授权性立法的范畴归口地方标准，主要包括定点机构遴选标准、定点机构协议管理标准、养老护理员培训标准（地方医保、民政、卫健、人社负责，市场监督管理部门协同）、PPP合作委托与招标（地方医保负责）。

（二）长护险服务等同于医养结合吗？

2016年6月，国家卫生计生委办公厅、民政部办公厅联合发文《关于确定第一批国家级医养结合试点单位的通知》（国卫办家庭函〔2016〕644号），确定北京市东城区等50个市（区）作为第一批国家级医养结合试点单位。后经过2016年9月第二批、2019年10月第三批、2020年11月

第四批的医养结合试点推进，2022年4月国家卫生健康委等九部门联合印发《关于开展社区医养结合能力提升行动的通知》。截至2023年底，全国医疗卫生机构和养老服务机构签约对数达到了8.7万对，具备医疗卫生机构资质并进行养老机构备案的医养结合机构达7800多家，床位达200万张。其中，有5500多家是社会力量举办的，占总量的70%以上。^①医养结合得到了快速发展。

理论上，一个老年人不仅需要养老服务，而且更需要医疗服务，针对老年人个体就需要养老服务与医疗服务相结合供给。但是，社会保险是有边界的，不同的保险解决不同的风险。医疗保险化解的是疾病风险（急性），长护险应对的是失能风险（慢性）。显然，长护险服务与医养结合服务不能完全画等号（见表1）。

表1 长护险服务与医养结合服务比较

	长护险服务	医养结合
服务对象	失能人员（以老年人为主）	失能、慢性病、高龄、残疾等老年人
服务条件	长期失能（六个月及以上），通过失能等级评估	无限制
服务内容	生活照料、慢性病康复、健康维持、临终关怀、精神抚慰	健康教育、预防保健、疾病诊治、康复护理、临终关怀为主，兼顾日常生活照料
服务提供	家庭、社区、医疗卫生机构、养老机构	家庭、社区、医疗卫生机构、养老机构
服务支付	长期护理保险、自付	医疗保险、长期护理保险、自付

资料来源：作者自制。

（三）数字治理时代长护险服务如何有所作为？

自2014年起，我国经济发展进入新常态。从2015年开始，我国五大社会保险的费率都开始下调。2016年长护险开始试点，因此可以说长护险“生不逢时”，只能以试点的方式稳步推进，但所幸赶上了数字化治理的新时代。那么，在长护险制度建设过程中如何利用好数字化这一科技手段呢？

首先，被保险人从参保到接受护理的全流程平台服务。其中包括三个方面的数字化平台服务：（1）保险人（医保部门）的业务功能数字化，从参保人身份认定、参保记录、基本信息管理到缴费业务处理等方面，以及与民政、卫健、残联等职能部门之间的信息数据共享。（2）失能人员的健康档案数字化，智能手环、手表，家用血压、血糖、心率检测器等智能医疗穿戴设备应用于失能人员，通过蓝牙、无线信号对其健康数据进行收集分析，形成失能者的健康档案。（3）失能人员的护理申请及评价数字化，失能者线上申请护理服务获准后，平台发送至定点护理机构，护理机构根据医保部门认定的失能服务等级，分配护理人员开展服务，失能者（或其家属）对服务质量进行评价。

其次，保险人（医保等职能部门）的风控、费控、品控平台服务。其中，（1）风控是指一方

^① 白剑峰. 我国医养结合机构达7800多家 床位达200万张 [N/OL]. 人民日报. https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202405/content_6951440.htm.

面提高智能失能评估结果的准确性和效率；另一方面提取年龄、性别、地区、既往病史、个人生活习惯等标签数据，通过分析来辅助长护险政策制定，如年龄划定、失能标准划定以及服务项目范围等，尽量降低政策运行风险。（2）费控是指一方面分析参保人员就医数据，利用建模技术，分析出不同地域、不同性别、不同年龄分组、不同常见疾病患者对于护理服务需求的级别、频度等数据特征，形成参考基准，用于参保人员的缴费标准和待遇水平的设置等；另一方面结合当地的筹资水平、结余水平和经济发展水平，对未来基金收支进行预测，以确定是否要适度增减支付范围。（3）品控是指制定长护险服务项目清单指导目录，明确服务等级的项目内容和操作规范，形成行业服务标准，降低服务过程中的道德风险，提高失能人员的服务满意度。

最后，保险辅助人（市场第三方机构）的受托业务平台服务。（1）目前全国试点城市大多数医保部门将长护险的服务申请、失能等级评估、服务机构管理等业务，采取委托购买服务的方式交给商业保险公司运营。商保公司可利用数字化平台对护理对象、护理计划制定、护理工作执行、服务评价等数据进行汇总和分析，实现对服务机构与服务人员的评级管理等功能。（2）医养服务机构也可以利用平台对佩戴声像设备的服务人员进行全程服务监督。

（四）长护险推进如何弥补农村养老服务的短板？

由于地方财政收入有限，公办养老机构数量较少，尤其是中西部农村留守、空巢老人难以享受到相应的养老服务，特别是失能老人的生活照料情况很差。再加上农村养老服务市场消费能力有限，投资收益率较低，所以营利性养老服务机构不愿意投资农村，而且专业化的养老服务人员更趋向在城市就业。农村养老服务的“短板效应”越来越明显。在统筹城乡的长护险制度体系推进过程中，一方面依托长护险基金支持，另一方面加强基本医养康养服务体系建设，从以下几个方面着力弥补农村养老服务的严重短缺。

一是构建“县（市区）—乡（镇）—村”三级联动的长护险服务体系，省域内乡镇（街道）区域养老服务中心服务总体覆盖率不低于60%，每个县（市、区、旗）至少有1所以失能照护为主的县级特困人员供养服务机构。^①学习日本“社区综合支援服务体系”，让服务资源下沉到村级服务点。二是打破行政区划，建立长护险服务区域联合体，可以是城郊联合体（城市优质服务辐射农村）、农村联合体（养老服务资源富裕地区带动落后地区）。未来可以探索建立长三角、京津冀、粤港澳大湾区等更大的医养服务共同体。三是县级政府实行财政专项投入，出台优惠政策，指导乡镇政府招标养老服务机构，采取集中供养的方式，优先为重度失能的空巢、失独家庭提供养老服务。四是乡镇政府以“荣誉表彰+适当补贴”相结合的方式积极开展互助服务、志愿者服务。五是作为长护险定点机构的乡镇卫生院，与村卫生室、敬老院、农村幸福院“结对帮扶”，增加村级养老服务点，村医为重病卧床的失能老人开设家庭病床，上门提供康复护理服务。

^①民政部. 关于加快发展农村养老服务的指导意见 [R/OL]. 民政部网站. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202406/content_6957138.htm.

四、长护险制度隐含风险重点

长护险在运行过程中可能会遇到很多风险，在正式建制前，我们应该考虑到容易被忽视的一个微观风险和一个宏观风险。前者是指社会保险与商业保险合作的道德风险，后者是指长护险制度设计面临“孤立无援”风险。微观风险可能会产生私营部门丧失“社会责任”等问题，宏观风险一定会导致长护险陷入“先天不足”困境。

（一）长护险与商保公司 PPP 合作如何规避道德风险？

技术决定进步，细节决定成败。长护险与商保公司合作能够借助其先进的大数据精算技术及其较强的风控能力，使长护险行稳致远。各地试点中，商保公司一般参与长期护理保险待遇资格筛查、失能评定、日常监督、待遇支付、服务质量评价、社会效益评估等经办管理工作。其中每一个环节如果商保机构没有做到尽职尽责，弄虚作假或放松监督，那么都将给长护险带来重大损失，轻则基金流失，重则失信于民。因此，主管长护险的医保部门要认识到商保机构的盈利天性，如何实现在合作中共赢不容忽视。

一是资质审核。地方医保部门首先发布招标公告，对投标的商保公司进行资质审核，主要包括商保公司固定资产、从业经历、员工数量、管理人员学历与资历、硬件技术、精算能力以及受托经办长护险服务计划等方面的全面审查，对符合条件的公司进行公开答辩，优胜者中标并公示，接受社会监督。

二是奖惩机制。对中标的商保公司的经办业务费，坚持“奖惩分明，动态退出”原则。商保公司的服务费用综合考虑有以下几种方法：（1）“固定经办费+保费再投保”。医保部门与商保公司先协议好固定总额的年度经办服务费，由长护险基金支出；保费按银行定期存款利率上浮一定比例计息。（2）一笔支付。根据服务对象人数支付，每人每年固定金额提取；或按照长护险基金收入的一定比例支付。（3）“固定经办费+浮动费”。每年双方签署协议后先支付总额一定比例的经费，譬如60%—80%，余下的20%—40%根据年底考核进行支付。（4）“固定经办费+保费浮动”。根据参保人缴纳的基金收入的一定比例（譬如2%）设定商保公司的经办费；再根据参保人数量设定一个总额支付给商保公司，保费低于设定额的，商保公司返还超出的金额给长护险，保费高于设定额的由长护险补足。（5）在经办服务过程中，医保部门监管发现有弄虚作假的或其他方式违规操作的商保公司，一经查实，立即剔除出招标名单。

（二）长护险建制能“单兵突进”吗？^①

作为新生的第六大社会保险，长护险是我国社会保障制度体系的一员。长护险保障对象是失能人员，无论这个群体在劳动年龄段还是进入退休阶段，长护险都与面向该群体的社会保险、社会救助与社会福利等相关社会保障制度发生直接或间接的联系。因此，长护险建制前应该审时度势，考

^① 参见戴卫东，德勒格尔. 长期护理保险制度衔接、政策整合与机制协同 [J]. 中国软科学, 2024(4):12-24.

考虑到长护险与相关社保制度的衔接及整合，以避免长护险制度实施后遇到问题再来修补、矫正导致的决策成本和政策混乱。

首先，长护险与其他社会保险制度的衔接。（1）与基本医疗保险的衔接。前文已述医疗保险与长护险的风险原理不同，失能人员所发生的医疗服务费与长期护理费分别由基本医疗保险与长护险支付，不能互相挤占。但是针对两个险种共同的服务，譬如慢性病康复、术后护理、临终关怀等基础护理，则根据护理地点支付为宜，即在医疗机构接受服务的由医保负责，在养老机构和社区居家接受服务的由长护险负责。（2）与工伤保险的衔接。在职职工发生工伤事故的，可以接受长护险服务，但是相关费用由工伤保险支付。与工作单位解除劳动合同的工伤职工，只要该职工参保了长护险，所产生的照护服务费应由长护险承担。（3）与基本养老保险的衔接。退休人员应该继续缴纳长护险参保费用，接受属于长护险保障范围的服务才由长护险支付，家政服务则不可由长护险承担。（4）与商业保险的衔接。我国长护险是社会保险险种，具有“全覆盖，保基本”的属性，因此，失能人员接受的护理服务如果不在长护险服务目录或者属于高端护理服务，则由其投保的商业护理保险给予理赔。

其次，长护险与社会救助制度的衔接。（1）与低保家庭救助的衔接。对于经济困难家庭的失能人员，其长护险参保费用由地方财政负担，产生长护险服务属于自费部分的应由长护险承担。（2）与低收入、残疾子女家庭救助的衔接。获得民政部门养老服务补贴、护理补贴的家庭，无论地方财政能力如何都必须减免参保费用。或者如前文所述的探索建立“家庭联保制”。

最后，长护险与社会福利制度的衔接。针对获得残联部门的困难残疾人生活补贴、重度残疾人护理补贴的家庭，前者属于低保家庭中的残疾人则应免费参保；后者家庭不一定贫困，究其接受长护险服务的费用适宜在重残护理补贴与长护险待遇之间“择高享受”，不能重复发放。政策时机成熟后，顶层设计可以考虑将重度残疾人护理补贴的财政投入整合进长护险的财政补贴预算。

参考文献：

- 戴卫东, 德勒格尔. 长期护理保险制度衔接、政策整合与机制协同 [J]. 中国软科学 [J].2024,(04):12-24.
- 戴卫东. 长期护理保险通论 [M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2022.
- 戴卫东. 中国长期护理保险的理论依据、制度框架与关键机制 [J]. 社会保障评论, 2023,7(01):95-106.
- 戴卫东. 中国长期护理保险立法审视 [J]. 社会保障评论, 2024,8(01):59-73.
- 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.
- 封进, 谢宇菲, 王子太. 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 [J]. 管理世界, 2023,39(08):58-76.
- 金银凤, 史梦昱. 中央调剂金制度对地区养老保障发展状况影响研究 [J]. 财经论丛, 2019,(12):35-43.
- 李珍, 张楚. 论居民医保个人筹资机制从定额制到定比制的改革 [J]. 中国卫生政策研究, 2021,14(07):1-10.
- Ikegami N. Financing Long-Term Care: Lessons from Japan[J]. International Journal of Health Policy and Management, 2019,8(8):462-466.
- WHO Study Group on Home-Based Long-Term Care (1999: Ma'ale Hachamisha, Israel) & World Health Organization. Home-based Long-term Care: Report of a WHO Study Group[R]. World Health Organization, 2000.

Theoretical Frontiers and Practical Advances in Urban Digital Governance — A Case Study Based on Several Typical Foreign Cities

..... *Li Tao, Yin Shuaihang, Feng Hexia* 24

Abstract: Urban digital governance adheres to the principles of people-oriented, open innovation, co-construction, sharing, and inclusive development. Its governance scope covers digital government, digital economy, digital society, and digital technology in urban governance. Urban digital governance can be divided into three models: monitoring-based governance, refined service-based governance and collaborative governance, which are not mutually exclusive but complementary. Cities like New York, London and Singapore provide valuable experiences in urban digital governance. In the process of urban digital governance, one should avoid the phenomenon of "technological bureaucracy" caused by over-reliance on technology and should not fall into "technological determinism". Additionally, one should prevent the occurrence of "formalism at the fingertips" or "lazy governance at the fingertips", ensuring that cities are imbued with "warmth". Simultaneously, one should coordinate the relationship between development and security, ensuring network security and data security while promoting the process of urban digital governance.

Forward Thinking on the Establishment of Long-Term Care Insurance System with Chinese Characteristics

Dai Weidong 38

Abstract: The long-term care insurance system has been piloted in China for eight years, and the top-level design of the system is still under consideration. Before the formal system is introduced, starting from the theory of holistic governance, it is necessary to conduct forward-looking thinking on the protection objects, financing and payment models, service system construction, and hidden risks of the long-term care insurance system. The analysis and resolution of the 12 core issues included not only absorb international experience, but also reflect Chinese characteristics. The positioning of long-term care insurance as the "sixth insurance" indicates that disability has become a new social risk in China, a populous country with an accelerating aging population. The development path of new things is not always a plain sailing, and we need to have a far-sighted perspective and a sense of the overall situation to design a framework of long-term care insurance system.