

# 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

陈诚诚

**[摘要]** 长期护理因其自身具有的长期性以及一旦发生几乎无法逆转的特点，与医疗卫生服务有比较明显的边界。但由于慢性疾病等原因引发的照护也具有长期护理的特征，使得长期护理与医疗卫生服务具有一些先天的“黏性”。国际上选择推行独立长期护理保险的国家，不仅深度认同老年失能为独立的社会风险，而且认为长期护理与医疗卫生服务体系的融合会诱发照护的医疗化。我国正处于长期护理保险试点阶段，部分试点城市出现了对于长期护理保险内涵认识不一致，以及长期护理保险与医疗卫生服务体系边界重叠、衔接不顺畅等问题。从理论上厘清两体系各自的内涵与边界，并基于我国实际情况设计长护险的保障内容，不仅更利于长期护理保险制度的框架定型与资源优化，同时对于防止老年人照护医疗化、保障老后自立与照护尊严也具有现实价值。

**[关键词]** 长期护理；医疗卫生服务；长期护理保险；制度边界

长期护理保险（下文简称“长护险”）自 2016、2020 年两批国家级试点以来，随着受惠群体的范围扩大、资金筹集的能力增强、服务供给的不断提升，制度已经在局部地区形成了规模化效应。由于主管部门主导的政策试验给地方提供了一定的自主政策设计空间，使得制度在筹资缴费、保障人群、服务内容和待遇水平等框架设计上存在较大差异。其中，长期护理与医疗卫生服务两大系统的边界界定不清为主要诱发原因，两系统在实践中存在内容边界模糊和高度交叉，如果缺乏对两系统清晰的界定，会导致一定程度上的资源使用低效和保障人群偏误，这对于形成全国统一的长期护理保险制度将造成不利影响。

针对以上议题，本研究尝试回答 4 个研究问题，第一，长期护理和医疗卫生服务各自的内涵是什么？第二，基于理论内涵目前所存在的观点争议是什么？第三，实施独立长护险的国家基于的理论支持是什么？第四，我国长护险的试点过程中，各个地区如何处理长护险和医保之间的关系？在回应上述问题的基础上，提出我国的长期护理保险与医疗卫生服务体系的衔接方式与发展路向。

**[作者简介]** 陈诚诚，北京信息科技大学副教授。主要研究方向：长期护理保险。

**[基金项目]** 国家社会科学基金一般项目“长期照护保险保障边界及制度衔接问题研究”（21BGL191）；北京信息科技大学“勤信人才”培育计划。

## 一、长期护理和医疗卫生服务的内容与关系

### (一) 长期护理的内涵与属性

长期护理<sup>①</sup>来自于人口老龄化下应对老年失能失智的风险需求,基于社会风险,国际上提出了“长期护理保护”(long-term care protection)的概念,即针对长时期丧失一定活动能力的人群提供的某种照料和支持服务。长期护理保护产生的原因、服务对象、服务内容、保障目的以及提供者在理论上具有较为完整的界定。如表1。

表1 长期护理保护概念的分析整理

作者/法条	产生的原因	服务对象	服务内容	保障目的	提供者
Kane (1987)		提供给先天或后天的,长时期内一定程度活动能力丧失的人	健康照料服务(health care service),生活照料服务(personal care service)以及社会服务(social service)		
Gibson (1994)			居家健康照料、居家支援服务、日间保护、委托保护或提供食宿以及护理机构的照料等		由家庭、社区、机构提供
McCullough 和 Wilson (1995)	因老龄、虚弱、疾病、残障等原因	在相当长的一段时间里丧失活动能力的人	医疗照料保护,生活照料保护以及社会服务		
[日]介护保险法(2000)	因身体上的或精神上的残障而导致的		由厚生劳动省令规定的需要在一定时期内予以实施的长期护理保护服务		
德国社会法第11卷(1994)	身体的、精神上的心理疾病或残障而导致的	重复性较大的日常活动需要持续帮助的(最少6个月以上)的群体			
英国长期护理保护委员会		持续较长时间的处于依赖状态的群体	提供各种类型的保健医疗或福利服务		
韩国老人长期护理保险法(2011)	因老龄或老年性疾病导致的	6个月以上的日常生活独自完成较为困难的老人	身体活动或家政方面的服务		
OECD (2005)		需要长时间帮助的人		为了维持日常生活的基本活动	

① 本文采用2016年人社部出台的《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》中使用的“长期护理”概念,在此文中对于“长期护理”和“长期照护”概念不做特别区分。

作者 / 法条	产生的原因	服务对象	服务内容	保障目的	提供者
WHO (2000)		不具备独立自我照料能力的人	护理照料活动体系	能继续获得较高的生活质量, 以及最大可能的独立程度、自主、参与、个人满足和人格尊严	由非正规护理者(家庭、朋友或邻居)和专业护理人员提供
裴晓梅 (2010)	慢性疾病患者和残障人群(老年人占了此类人中的绝大多数)	患有各种疾患或身体残疾人士	从饮食起居照料到急诊或康复治疗等一系列长期的服务	为了提高生活质量而不是解决特定的医疗问题, 用于满足基本需求而非特殊需求	

资料来源: 根据韩国学者李润景等完成的韩国保健社会研究院研究报告 *Development of Selection Criteria for Long-Term Care Recipients* 整理。

首先, 从被保护产生的原因和服务对象来看, 导致长期护理需求产生的原因通常是“老龄、虚弱、疾病和残障等”因素。服务对象被界定为“丧失劳动能力、日常生活产生身体障碍的人”。有的国家认为产生这一需求的群体中, 老年人占据了绝对比重, 保障人群主要以老年群体为主; 有的国家还在服务对象上增加了具体的限制条件, 例如, 最少需要 6 个月以上的时间, 这强调了长期护理本身具有的长期性, 用以突出长期护理自身的特性。

第二, 从服务内容来看, 不仅传统医疗卫生服务属于长护险的保障范围, 养老机构或是护理院中老年人的日常生活、饮食起居都应包含其中。此外, 社区服务中的家政服务和日间照护等项目都属于长期护理范畴之内。这是由于有些老年人, 特别是高龄老人, 患慢性疾病和日常生活能力弱化两种状况同时存在且相互影响, 单一的服务不能满足他们的需求, 需要集健康保健和生活照料于一体的综合服务。

第三, 从保障目的来看, 世界卫生组织提出了长期护理保护的最高宗旨: 通过“提高有局限性的日常生活能力”, 从而“获得较高的生活质量, 以及最大可能的独立程度、自主、参与、个人满足和人格尊严”, 也应是各国在推行这一制度所要达到的终极目的。

第四, 从服务提供者来看, 世界卫生组织认为提供者包括了两大类, 即“非正规护理者(家庭、朋友或邻居)”和“专业护理人员”。实践中, 各国制度规定的由谁提供长期护理服务存在差异, 有的国家把由非正规护理者提供的护理服务采用现金给付的方式予以购买补偿, 例如德国; 有的国家则严格规定护理服务提供者须为专业人员, 如日本和韩国。

在实践中, 接受长期护理的群体一部分是经过治疗但无法康复的长期失能患者, 另一部分是由于身体自然衰弱而难以自立的老年人群, 因此长期护理的实施场域通常纳含了社区医疗站、日间护理、护理院、家庭等一系列适应各类需求的场所。

## (二) 医疗卫生服务的内涵与属性

基本医疗卫生服务, 是指维护人体健康所必需、与经济社会发展水平相适应、公民可公平获得的, 采用适宜药物、适宜技术、适宜设备提供的疾病预防、诊断、治疗、护理和康复等服务。<sup>①</sup> 由于历史上的传染病曾是人类生存的巨大威胁, 急症诊疗(cure)曾几乎占据了医疗卫

① 参见《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》第十五条。

生体系的全部比例与解释内涵。随着医疗水平的进步,大规模的传染病得到较好的控制,急症诊疗只构成了医疗卫生服务体系中的环节之一。尤其是,不构成传染、长期积累形成疾病形态损害的慢性非传染性疾病(简称“慢性病”)患者的比例在持续增高,预期寿命的延长使得长期护理需求占比越来越突出。因此,以急症诊疗占据绝对比例的医疗卫生服务逐渐延长,形成了新的医疗卫生体系。

具体而言,疾病谱的变化和人口老龄化是促成医疗卫生服务体系转型的重要背景。首先,疾病谱产生了变化。在全球范围内集中表现在慢性病对人类的危害增大,扭转了过去主要因传染病导致人类死亡的局面。慢性病主要以心脑血管疾病、糖尿病、癌症和慢性阻塞性肺部疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)为主,其引起的死亡、发病和残疾目前约占所有死亡的74%。调查数据表明,中国慢性病死亡人数占总死亡人数的比例已经从1992年的76.5%上升到2010年的85.3%,<sup>①</sup>20年间上升了10个百分点,远高于国际平均水平。其次,在慢性病发病人群中,老年群体的占比极高,已有大量的研究显示在医疗费用支出总占比中老年群体的医疗费用支出持续增加,荷兰国立公共保健环境研究院(National Institute for Public Health and the Environment, RIVM)曾对欧盟各国展开调查,发现随着人口高龄化欧洲慢性病的医疗费用支出在增加,<sup>②</sup>75岁以上人口慢性病发病率最高,55—75岁的人口约有一半(约5200万人)患有慢性病,这对于临近退休、继续从事经济活动的老年人产生较大影响。其中,50岁以上人群5个人中有4人患有慢性病。<sup>③</sup>在疾病谱的变化和人口老龄化的双重背景下,医疗卫生的服务对象、纳含内容、服务场所等均产生了变化。因此,以健康为导向,促进预防、康复、护理等医疗卫生服务链条上的每一环节的发展成为关注重点。

## 二、长期护理与医疗卫生服务关系的观点探讨

虽然时至今日长期护理与医疗卫生服务体系都有了一定的发展,但各国在设计两项政策时的制度安排方式有着较大的差异。分析其原因,主要是由于各国对于两体系的关系仍存在争议,主要有以下两种观点。

### (一) 包含关系

一种观点认为,狭义的长期护理概念,只作为医疗卫生服务链条中一个组成部分。这种观点为“医养整合”提供了充分的依据。在医疗卫生服务概念中,“急症诊疗”作为“为了缓解病痛而进行的干预或改变特定健康状态的活动”,曾是医疗卫生服务链条中占据绝对比例的核心。医疗卫生领域的医保筹资机制、待遇支付方式等制度设计往往率先围绕急诊诊疗行为而展开。伴随着慢性病患者的占比不断提升,以及术后的康复医疗与身体功能丧失的失能失智群体的出现,使得医疗卫生服务领域的覆盖群体范围逐渐拓宽,服务内容不仅包括了慢病管理、康

① 参见陈竺:《全国第三次死因回顾抽样调查报告》,中国协和医科大学出版社,2008年;王宇:《全国疾病监测系统死因监测数据集2010》,军事医学科学出版社,2012年。

② Maartje M. Harbers, Peter W. Achterberg, *Europeans of Retirement Age: Chronic Disease and Economic Activity*, Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment (The Netherlands), 2012.

③ Americans Association of Retired Persons, *Part 1: Chronic Conditions Among Older Americans*, 2006.

复医疗、长期护理，在全生命周期概念的强化与人道主义关怀下，病前预防与安宁疗护也纳含其中。因此，现代的医疗卫生服务至少包括病前预防、慢病管理、急症诊疗、康复医疗、长期护理和安宁疗护六个部分。在六个模块中，服务对象的持续天数、服务内容、实施场所和支付方式上均有明显的异质性（具体如图1），但并非因此衍生出六项制度，而是通过对六个模块精细化管理以达到医疗卫生资源的有效利用。简言之，依照“患者”的身体状态展开评估，提供与之相适宜的医疗卫生服务，设计差异化的支付方式，细分链条中的每一环节。

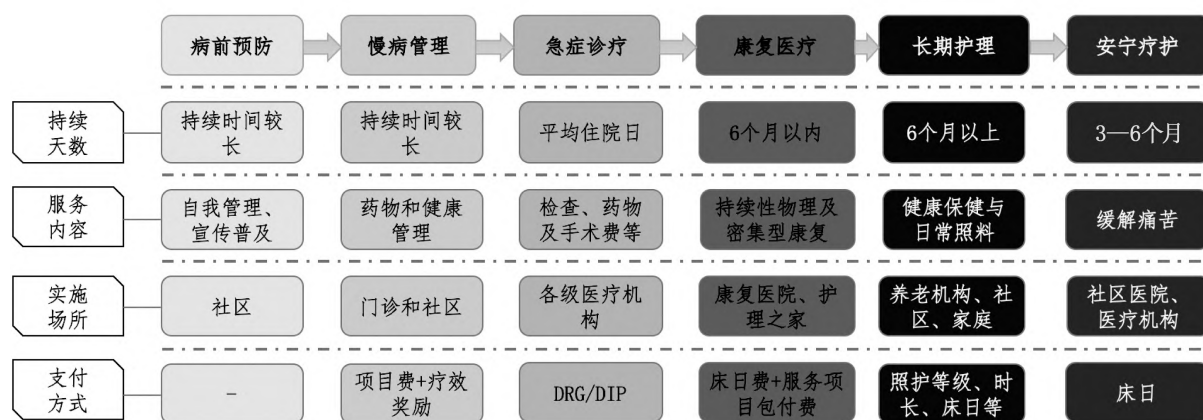


图1 医疗卫生服务体系的细分

### (二) 相互独立的关系

而另一种观点则认为，长期护理应有其更广泛的概念内涵，医疗属性的服务只是其中的一个构成部分。在老龄老年人口、轻度失能老人占比攀升，失智老人增长的趋势下，长期护理服务中的社会服务是另一个必需构成部分。

表2 长期护理服务中的医疗属性的服务和社会服务

分类	医疗属性的服务	社会服务
Pfeiffer (1976)	- 治疗类的服务 (remedial service)	- 维持性服务 (maintenance service) - 支持型服务 (supportive service)
Evashwick (1987)	- 院外照护 (extended inpatient care)	- 居家照护 (home care) - 居住支持项目 (housing)
OECD (1997)	- 医生、护士以及医疗专门人员提供的健康服务: (health care) - 护理服务 (nursing care)	- 社会服务 (social care): 个人身体机能、家政、社会活动等一系列日常生活行动能力的支持服务 - 机构服务 (residential care): 除医院之外的护理机构服务

资料来源: Eric Pfeiffer, "Generic Services for the Long-Term care Patient," *Medical Care*, 1976, 4; Connie Evashwick, "Definition of the Continuum of Care," in Connie Evashwick, Brian L. Weiss (eds.), *Managing the Continuum of Care: A Practical Guide to Organization and Operations*, Rockville, Aspen Publishers, 1987; OECD, *Aging in OECD Countries: A Critical Policy Challenge*, Paris, OECD, 1997.

依据表2，各研究者或机构虽然对于长期护理应包含医疗和社会服务两部分具有共识，但很明显，长期护理与医疗卫生服务之间存在着“模糊地带”，有必要将医疗卫生和社会服务的内容边界进一步厘清。现有研究从两个维度对此问题展开讨论。第一，研究者尝试从两者的发

展脉络上进行梳理,例如唐钧强调长期护理通常是将原来作为医疗卫生服务一部分的基础护理,亦即日常生活照料,从医疗卫生服务中划分出来,单列为长期护理服务,并将其归入社会服务的范畴。然后再把一部分护理和康复服务,也逐渐划归社会服务,从而将更多的医疗卫生服务变为社会服务。因此,护理和康复服务在发展中分成了两个部分,一部分是医疗性质的护理和康复,另一部分是生活照料性质的护理和康复。长期护理主要是针对生活照料性质的护理和康复,它的目标是维持和延缓,成本较低,而医疗性质的护理和康复,目标是治愈和恢复,成本较高。<sup>①</sup>这种分类是基于两者的发展脉络、行动目标与经济成本进行区分的。

第二,也有研究者认为对于两者的区分应有更为严格的医学界定,例如励建安提出应用患者身体机能完善与否作为医疗卫生服务与长期护理的区别,认为改善患者身体机能的措施属于医疗服务,如果身体机能改善无法实现,患者处于长期失能的状态,则属于长期护理保障体系的范畴。<sup>②</sup>刘涛等则认为,由于肌体能力的持续下降和弱化导致的长期护理需求是和生命周期的发展息息相关的,身体机能的持续下降是一个长期性和持续性过程,具有“远期性”“持续性”和“身体不可逆转性”(或至少是不可完全逆转性)的特征,因此一旦具有长期护理的需求,通常会持续终身。<sup>③</sup>这两种讨论都尝试基于患者的身体状态对长期护理与医疗卫生服务的目标对象进行区分。

### 三、独立的长期护理保险制度选择依据

社会化的医疗保险在福利国家中具有一定程度的趋同性,长期护理政策在全世界范围内尚未有一致模式,划分方式也依照研究者的侧重有所不同。如果仅从与已有制度关联性的维度进行划分,可分为独立的社会保险型、与医疗保险整合的制度安排、包含在已有的福利制度体系内的制度安排以及独立的社会补助型四种方式。<sup>④</sup>对于长期护理不同的制度安排方式,源自对于长期护理自身理解的差异以及受到各国福利体制传统的影响。

#### (一) 理论依据

以独立的社会保险方式进行制度设计的国家,通常将失能失智视作一项独立的社会风险,刘涛等在解释德国选择长期护理保险的思维逻辑时强调,德国的制度设计受到卢曼社会系统理论的影响。<sup>⑤</sup>社会系统理论的主要观点认为,欧洲从中世纪走向现代社会的历程是一个社会子系统(如政治、经济、法律、教育、科学、宗教、医疗等)相互独立、实现功能性分化的过程。无论社会各个子系统如何与其他社会系统结构相互耦合,各个系统仍“严守”其功能性边界,其内部沟通只能通过自身独立逻辑来完成。例如政治系统无法直接运用公权媒介决定法律系统的审判;科学系统的内部生产只能按照科学规律来独立完成。认识现代社会系统运作的规律必

① 唐钧:《长期护理保险与医疗保险应分工》,《中国人力资源社会保障》2015年第7期。

② 励建安:《失能与失能评估标准研究》,长期护理保险评估标准研究结题会发言,2018年8月25日。

③ 刘涛等:《德国的医疗与护理关系及其对中国医养结合的启示》,《中国公共政策评论》2020年第8期。

④ 陈诚诚、杜天天:《长期照护保险保障边界和制度衔接问题研究》,《卫生经济研究》2023年第9期。

⑤ 刘涛等:《德国的医疗与护理关系及其对中国医养结合的启示》,《中国公共政策评论》2020年第8期。

须同时考虑到系统边界既分化又结构关联的两大层面。<sup>①</sup>长期护理并非纯粹针对疾病的护理措施，而是主要面对身体机能衰老和退化造成的生活自理能力及空间移动能力受到制约的情况，因此长期护理应作为一个独立的社会子系统而存在。这种观点构成德国设计独立长护险的重要动因，使得在“医养整合”的热议下，德国的“医养融一”计划也并未成功推行，其根本原因是防止有可能出现的“照护领域医疗化”的现象，以及医疗保险和长期护理保险两个险种完全并轨会导致的医疗系统和照护本身的异化。<sup>②</sup>

## （二）福利体制的路径惯性

历史制度主义视角下的“路径依赖”认为，一旦选择了某个路径，现有的政策安排会形成一种制度粘性并且随着时间的推移不断被加强。<sup>③</sup>长护险作为福利国家改革期出现的一个产物，这一特点尤其明显。研究者强调，选择经过一个多世纪历史检验的社会保险模式，不仅具有低风险性，而且以往的制度经验和治理结构可以直接为新制度提供运行基础。<sup>④</sup>这一点，在实施独立长期护理保险的德国、日本和韩国的制度运行和治理结构中都可以窥见。德国作为保守主义福利代表国家，社会保险制度长期稳定运行，使得公民对于社会保险模式充分信任并形成稳定的预期，因此德国民众希望社会保险模式能够在长期护理上提供安全的风险保护，以化解老年生活中的失能风险危机。保守主义制度特征促使德国选择了独立的长护险制度，制度的路径依赖使得俾斯麦模式在面对新的社会风险时，依然受到民众青睐并不断自我强化。

## 四、长期护理保险与医疗卫生服务体系的边界设计

由于长期护理与医疗卫生服务具有一些先天的“黏性”，因此在实践中，尤其是实施独立长护险的国家，保障边界设计是重中之重。长期护理与医疗卫生服务体系之间，制度设计、待遇人群、服务场所、服务内容、支付方式都应具有比较明确的边界，要在实践层面处理好两者的制度衔接，既要避免处在两者中间地带的人群重复享受待遇，又要保障这部分群体在身体状态发生变化时场景的即时切换，使之能够享受到适宜的服务和保障。

### （一）制度设计

#### 1. 筹资渠道

医保基金是长期护理保险筹资的重要渠道，在第一批试点城市中，试点地区的长护险筹资无论是常规化的医疗保险统筹基金划转，还是作为启动资金的一次性划转，或是个人账户代扣代缴，均来自于医保基金。整体来看，医保基金在各个试点城市中承担了20%—100%不等的筹资比例。<sup>⑤</sup>而在第二批试点城市中，长护险筹资从直接的医保基金划转，普遍转换为“从其

① 秦明瑞：《系统的逻辑——卢曼思想研究》，《商务印书馆》，2019年，第14-32页。

② 刘涛等：《德国的医疗与护理关系及其对中国医养结合的启示》，《中国公共政策评论》2020年第8期。

③ Pierson Paul, "Coping with Permanent Austerity: Welfare State Restructuring in Affluent Democracies," *Revue Française de Sociologie*, 2002, 43(2).

④ 刘芳：《德国社会长期护理保险制度的起源、动因及其启示》，《社会建设》2022年第9期。

⑤ 杜天天、王宗凡：《我国长期护理保险筹资机制评介——基于29个长期护理保险试点城市经验》，《卫生经济研究》2022年第10期。

缴纳的职工基本医疗保险费中划出”，除了上饶和南宁市是单位单独缴费外，其他试点城市的单位缴费实则是从单位缴纳的医保统筹基金中“平移划出”到长护险筹资中，具体如表3。可视为长护险独立筹资的过渡性规定，与第一次相比有较大进步。

表3 两批试点地区资金筹资渠道

第一批试点地区			
地区	主要筹资渠道	地区	主要筹资渠道
承德	医保统筹基金划转、财政补助、个人缴费（职工：个人账户，灵活就业人员：个人缴费）	南通	医保统筹基金划转、财政补助、个人缴费（职工：个人账户划转；居民：缴纳居民基本医疗保险费时一并缴纳）以及一次性划转
荆门	医保统筹基金划转、财政补助、个人缴费（个人账户划转或从养老金账户代扣代缴）	苏州	医保统筹基金划转、财政补助、一次性划转
石河子	医保统筹基金划转、财政补助、福彩、居民个人缴费	上饶	医保统筹基金划转、单位缴费、个人缴费（个人账户划转）
长春	医保统筹基金、个人账户划转	安庆	医保统筹基金划转、个人缴费（随职工医疗保险大病医疗救助保险费收取）
齐齐哈尔	医保统筹基金划转、个人缴费	成都	财政补助（补贴给退休人员）、个人缴费（个人账户按月划拨）、一次性划转
重庆	医保统筹基金划转、个人缴费（个人账户代扣）	青岛	医保统筹基金划转
上海	医保统筹基金划转	广州	医保统筹基金划转
宁波	医保统筹基金一次性划转		
第二批试点地区			
地区	主要筹资渠道	地区	主要筹资渠道
南宁	单位缴费、个人账户	盘锦	医保统筹基金、个人账户
天津	医保统筹基金、大额医疗救助	石景山区	城镇职工：医保统筹基金、个人账户、个人缴纳（灵活就业人员个人缴费部分由个人缴纳） 城乡居民：财政补贴、个人缴纳
呼和浩特	城镇职工：医保统筹基金、个人账户、个人缴纳（无个人账户退休人员个人缴费部分由个人缴纳）、财政补贴 城乡居民：医保统筹基金、个人缴纳、财政补贴	福州	医保统筹基金、个人账户、个人缴纳
开封	医保统筹基金、个人账户、个人缴纳（无个人账户人员个人缴费部分个人缴纳）	湘潭	医保统筹基金、单位缴纳（无个人账户在职职工个人缴费部分由单位代扣缴纳）、个人账户、个人缴纳（无个人账户退休人员个人缴费部分由个人缴纳）
黔东南州	医保统筹基金、个人账户、财政补贴	昆明	医保统筹基金、个人账户 灵活就业人员：个人缴纳 退休人员：个人缴纳、财政补贴
汉中	医保统筹基金、个人账户、财政补贴	乌鲁木齐	医保统筹基金、个人账户、个人缴纳（无个人账户人员个人缴费部分由个人缴纳）、财政补贴
甘南州	在职职工：医保统筹基金、个人账户、财政补贴 退休人员：医保统筹基金、个人账户	晋城	医保统筹基金、个人账户、财政补贴（退休人员缴费补助由财政补贴或福彩基金划转）



经过试点探索发现，对基本医保与长护险群体进行严格的区分，为长护险设计单独的筹资方式十分必要。例如 2016 年《上海市长期护理保险试点办法》中规定，长期护理除包括居家上门照护、社区日间照护、养老机构照护，还涵盖住院医疗护理。其中，住院医疗护理主要场所包括社区卫生服务中心等基层医疗卫生机构、护理院和部分承担老年护理服务的二级及以上医疗机构。在 2021 年，长护险服务形式调整为居家上门照护、社区日间照护和养老机构照护，明确住院医疗护理服务移出长护险基金支付范围，并由基本医保支付。长护险的筹资也随之做出调整，由原来的按照用人单位缴纳职工医保缴费基数 1% 的比例，调整为按照用人单位缴纳职工医保缴费基数 0.5% 的比例。在保障人群上对医疗服务与长期护理做了更清晰的边界划分，对于减少长护险与基本医保的“黏性”有利。

## 2. 长护险与基本医保的制度衔接

试点过程中，各地对于两批试点政策文件中规定的“基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理”所纳含的内容理解不一，在制度落地时各地试点因地制宜，往往依照当地的现实需求来设计长护险与基本医保的衔接方式。

表 4 长期护理保险与基本医保的制度衔接政策设计

长护险与基本医保不兼容	未做进一步明确规定	第一批	齐齐哈尔
		第二批	黔西南、汉中
长护险与基本医保不兼容	享受长护险期间产生的符合基本医保诊疗的项目费用由基本医保支付	第一批	承德、菏泽、广州、荆门
		第二批	北京石景山、天津
		第一批重点联系省份山东省	烟台、临沂（机构和居家护理）
	享受长护险期间产生的符合基本医保诊疗的项目费用由长护险支付	第一批重点联系省份山东省	威海、潍坊、烟台（专护）、临沂（专护）
	长护险支付门诊慢病费用	第一批重点联系省份山东省	枣庄、青岛、临沂（机构和居家护理）、烟台（院护和巡护）、威海
长护险支付家庭病床费用	第一批重点联系省份山东省	东营	
医疗机构设立专门的照护病区，医保和长护险可同时享受	第一批	南通	
长护险与基本医保兼容		第一批	宁波、苏州
		第一批重点联系省份吉林省	吉林市、长春

如表 4 所示，部分试点城市设计两制度时采取“不兼容原则”，即“应当由医疗保险支付的，即便发生长期护理费用，也不纳入长护险基金支付范围”。但各地的处理方式有些差别，例如享受长护险期间产生的符合医保目录范围内的诊疗项目，承德、菏泽等地规定由基本医保支付，但威海、潍坊等地规定享受长护险期间产生的诊疗项目应由长护险支付。除此之外，山东省部分试点地区规定门诊慢病费用由长护险支付，东营规定家庭病床费用由长护险支付。另外，个别地区还设计了一些除外项目，例如南通市规定，可以在医疗机构内设立专门的照护病区，在

照护病区内，经备案后可同时享受基本医保和长护险待遇，但是入住照护病区的，医保费用支付也采用按床日结算的方式。

另有一些城市允许住院期间可同时享受长护险待遇，例如吉林省的吉林市、长春市等。需要强调的是，苏州规定同时享受长护险和基本医保待遇，但需要入住在长护险和基本医保同时定点的护理机构。宁波虽然在文件上规定了“应当由医疗保险支付的，即便发生长期护理服务费用，也不纳入基金支付范围”，但实践中，宁波的长护险定点机构包括部分医疗机构，而入住此类长护险定点医疗机构的，达到长护险待遇标准可以同时享受长护险和医保待遇。

调研中发现，目前采用长护险和医保同时享受待遇的方式往往基于如下的考量。第一，由医保结算的护理费用难以解决患者的日常生活照料问题。从实操层面来看，护士难以提供生活照料属性的照护服务，往往采用雇佣护工的方式来解决患者的照护服务部分。因此长护险承担了入住医院患者的照护费用，弥补了患者临床产生的实际需求。第二，长护险的保障内容设计往往决定了实践中与医保的衔接方式。例如宁波在2024年6月之前，长护险制度设计仅包括生活照料的内容，与基本医保形成的是补充的关系而非互斥的关系，因此规定长护险待遇人若在养老机构产生了医保结算项目，可以用医保进行支付。

试点地区对于这一问题的处理，说明了在试点过程中，各地区对长期护理的范围界定不统一，部分高度依赖医疗服务的长护险待遇人不仅入住的机构需要统筹规划，护理服务费用结算也存有争议。简言之，目前各地对于长护险和医保的制度衔接并非系统性思考后的制度安排，而是一种在实践过程中探索出的权宜之计。

## （二）待遇人群

2021年8月，国家医保局下发《长期护理失能等级评估标准（试行）》为第一版国家级的评估工具，目前试点地区基本上采用此版评估工具进行待遇人群的筛选。评估工具主要针对日常生活活动能力、认知、感知觉与沟通等方面的能力丧失程度进行筛选，评估结果依照3个维度划分6个等级，其中除基本正常、轻度失能、中度失能外，另将重度失能划分为3个等级，以满足各个地区差异化的待遇支付标准。

表5 两批长护险试点包括的待遇内容和等级

待遇等级	试点城市
重度失能	北京石景山、湘潭、天津、晋城、盘锦、福州、开封、南宁、黔西南自治州、昆明、汉中、甘南自治州、乌鲁木齐、承德、齐齐哈尔、宁波、安庆、上饶、荆门、重庆、成都、石河子
中度、重度失能	长春、苏州、呼和浩特、南通
重度失能、失智	青岛
其他	上海2到6级、广州1到3级

综合试点地区的实践情况来看，试点地区普遍将重度失能纳入到保障人群中，长春、苏州、呼和浩特、南通将重度、中度失能，青岛将重度失能、失智群体纳入到保障范围。早期试点的过程中，针对术后患者的医疗护理与长期护理需求并没有做明确的区分，同时出现在保障人群范围内。这主要是由于，地方开始自主长护险试点时，一方面，针对术后患者的带有康复属性

的医疗护理保障尚不完备，试点地区对于长期护理与医疗护理没有做明确的区分，个别地区采用了“长期医疗护理保险”的名称进行试点，主要保障群体是术后具有康复和护理需求的患者。另一方面，由于康复中心、社区等承载康复护理的机构不足，具有康复需求、长期护理需求人群入住在医疗机构，超长住院天日导致了医疗资源使用的低效与浪费，这也成为部分地区长护险试点的动因。

随着 2016 年人社部办公厅《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》的出台，长护险的待遇人群界定为长期处于失能状态的参保人群。在 2020 年国家医疗保障局、财政部出台的《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》中，进一步将保障人群明确为重度失能人员和重度残疾人，同时规定了待遇人员的基本条件，即“经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续 6 个月以上，经申请通过评估认定的失能参保人员”。从政策文本来看，对于长护险的待遇人做了更为严格的界定，但在实践中，患有各种严重慢性病且生活严重不能自理的、术后仍需长期住院维持治疗的，即对长期护理和维持治疗同时具有需求的患者，应如何设计长护险和基本医保的待遇衔接仍然具有讨论空间。

### （三）服务场所与服务内容

第一批长护险试点城市的服务场所，尤其是较早期自主开展地方试验的城市，例如青岛、长春、苏州，都将医疗机构作为服务场所的一个重要组成部分，在第二批试点城市中，普遍以养老机构和家庭为主要场所，但也有个别地区，如湘潭市包括了医疗机构、昆明市包括医养结合机构。

目前在第二批试点长护险的城市中，服务内容普遍包括了生活照料、医疗护理、非治疗性护理、风险防范、辅具服务、安宁服务和精神慰藉，如表 6。在实践过程中，几乎所有的试点城市都将生活照料纳入到了服务内容，整体来看，存在三个差异。第一，对于医疗护理与非治疗性护理，各试点地区的处理方式不一，仅从政策文本上看，南宁、昆明、乌鲁木齐将两者都纳入到试点范围内，而天津、呼和浩特、福州、黔西南州只包括非治疗性护理，北京市石景山、开封市、晋城市则仅包括医疗护理。实际上，这种文本区分并非基于统一的标准，个别没有明确标注非治疗性护理、仅标出医疗护理的城市，也包括了非治疗性护理的部分。例如，晋城的医疗护理项目包括了给药护理、测量血压、脉搏、呼吸、体温、血糖检测、压疮护理、鼻饲、导尿、留置导尿管护理及指导、膀胱护理、灌肠、人工取便术，而南宁的非治疗性护理则包括了吸氧、人工取便术、留置导尿的护理、鼻胃管护理、灌肠护理、肛管排气、膀胱冲洗。两地区的医疗护理和非治疗性护理项目存在多项重叠。第二，有的城市的服务项目纳入了功能维护，但是各试点地区的功能维护项目设计存在很大差异，例如北京市石景山的功能维护主要包括良肢位摆放及指导、翻身训练及指导、肩关节被动活动及指导、协助换乘轮椅或平车等，南宁则包括关节活动、盆底肌训练、生活自立能力训练及指导等康复活动，昆明还增加了认知能力训练指导。第三，个别城市还增加了辅具服务、安宁服务、精神慰藉等。整体来看，生活照料、医疗护理、非治疗性护理和功能维护的定义应该统一，各条目中包括的服务清单应尽量一致。

表6 第二批长护险试点城市的服务场所和服务内容

试点城市	服务场所	服务内容							
		生活照料	医疗护理	非治疗性护理	风险防范	功能维护	辅具服务	安宁服务	精神慰藉
南宁市	机构上门护理服务、 入住机构护理服务	16	8	8	3	3			
盘锦市	机构护理、 居家护理								
天津市	机构护理、 居家护理	27		5	1	3		1	1
石景山区	机构护理、 机构上门护理、 居家护理	13	11		3	4		1	
呼和浩特市	机构护理、 居家护理	21		12				1	
福州市	机构护理、 居家护理	16		5	1	3		1	
开封市	机构护理、 居家上门护理、 居家自主护理	32	10						
湘潭市	医疗机构护理、 养老机构护理、 机构上门护理								
黔西南州	居家上门服务、 居家护理服务	22		9	1		7		
昆明市	医养结合机构护理、 养老机构护理、 居家护理	15	16	10		4			
汉中市	机构护理、 居家护理								
乌鲁木齐市	全日居家护理、 全日定点机构护理、 定点机构上门护理	16	11	9					
甘南州	机构护理、 居家护理								
晋城市	机构护理、 机构上门护理、 居家护理	25	10						

#### (四) 支付方式

在第一批试点城市中的大部分地区规定机构护理按床日来支付,其中10市实施定额包干,长春、荆门和广州实施床日限额。在机构护理中,承德、齐齐哈尔、南通、安庆、青岛和荆门均采用按照机构类型和机构等级支付的方式,南通、苏州按照失能程度来支付,上海、成都按照护理等级支付。在居家护理中,青岛和苏州按照护理服务次数支付,上海则采用了按照服务时长和护理人员资质来支付的方法。目前来看,采用按床日支付的方式占据绝对比例。

表 7 第一批长护险试点地区支付方式

支付方式	试点地区
按床日	承德、长春、齐齐哈尔、南通、宁波、安庆、上饶、青岛、荆门、广州、石河子、苏州（机构）、重庆
定额包干	承德、齐齐哈尔、南通、苏州、安庆、上饶、青岛、重庆、成都（月定额）、石河子
床日限额	长春、荆门、广州
按照机构类型、机构等级支付	承德、齐齐哈尔、南通、安庆、青岛、荆门
按照失能程度支付	南通、苏州
按照护理等级支付	上海、成都
按照护理人员资质支付	上海（居家）
按照护理服务次数	青岛（居家）、苏州（居家）
按时长	上海（居家）

## 五、结论与建议

基于以上的理论辨析和政策实践梳理，本文在整理长期护理和医疗卫生服务内涵的基础上，梳理我国在构建独立长护险时的边界设计与与基本医保制度衔接的地方探索经验，对于两体系未来发展方向上提出以下三点思考。

第一，老年群体在身体功能丧失阶段，其基本需求往往具有多元而非单项、连续而非间断的特点，也是由于慢性疾病与长期护理的某种关联，老年群体的长期护理与医疗卫生服务具有紧密的链接性以及存在“交叉地带”，这催生了长期护理与医疗卫生服务的整合需求。在充分保障和实现此需求之前，应厘清长期护理保护人群的特点与所包含的服务项目，为了避免照护医疗化，充分保障老年人自理与自立的基本尊严与权利，长期护理与医疗卫生服务应保持某种“距离感”，或者说，真正实现长期护理与医疗卫生的有序整合，必须先完成长期护理与医疗卫生服务的“切割”。国际上将长期护理与医疗卫生服务实施整合的案例，普遍意义上是实现了管理上的整合以及以人为本的需求端的链接，某种程度上也是完成了长期护理与医疗卫生服务的制度衔接。

第二，从长期护理的属性来看，长期护理的服务对象以“连续丧失自理功能的群体为主”，与医疗卫生服务对象不同，长期护理服务群体普遍具有身体功能部分或全部丧失，并在一定程度上的不可逆性。从长期护理的发展来看，护理服务演变成两类，第一类是成本更高的术后医疗护理，主要发生在院内，第二类是具有社会服务属性的长期护理，可发生在机构，但更大比例的发生场所应在社区及家庭。虽然当前我国的长护险以重度失能老人起步，但轻、中度失能、失智老人存在巨大的护理需求，长期护理的非治疗性质照护与生活照料更应引起重视。

第三，目前关于长期护理保险的两批国家级试点文件中，虽指出了长护险的保障内容为“基本生活照料和与之密切相关的医疗护理”，但地方在制度落地时，根据各地的理解和现实条件设计了不同版本的方案，有的地区长护险待遇内容只包括生活照料，有的地区则主要包括医疗护理，对于长护险的待遇内容亟待统一。另外，对于长护险的支付场所也不一致，对于医疗机构中卧床时间长的重度失能人员，既有医疗护理的需求又有长期护理的需求，有的地区由长护

险提供待遇支付,有的地区在医院内设计了长护病区或专区,另有一些地区的长护险并不支付发生在院内的护理费用。针对以上各地的制度保障内容不一、支付场所不一等问题,本文提出以下三点具体的政策建议。

首先,应该尽快从国家层面明确兼具“生活照料和与之密切相关的医疗护理”的长护险待遇支付内容,在此基础上统一长护险的具体服务清单,将应该纳入长护险待遇的医疗护理与非治疗性护理范围予以规范。其次,对于长期卧床的、同时具有医疗和长期护理需求的患者,短期来看,患者的生活照料需求可由长护险支付,但长期来看,针对这部分群体应有更细分的机构来提供医养结合服务,这一机构应该兼具医疗卫生服务和长期护理服务供给能力,以此来统筹规划长护险的支付范围。目前来看,部分地区对于长期卧床的具有医疗需求和长期护理需求患者的医养结合机构是缺失的,另有一部分地区对于此类群体的护理服务应由哪项制度支付并没有理顺。再次,地方实践中探索出的可复制经验是,由具有医疗资质的民营服务机构提供居家上门服务,保障在享受生活照料的同时也可以享受医疗服务待遇,相较于公立社区卫生服务中心更易实现服务供给。

## Long-Term Care Insurance and Healthcare Services: Boundaries and Development Pathways

Chen Chengcheng

(College of Communication Arts and Sciences, Beijing Information Science and Technology University, Beijing 102206, China)

**Abstract:** Long-term care, with its inherent characteristic of being long-term and often irreversible once initiated, presents a clear boundary with healthcare services. However, care resulting from chronic illnesses and other factors also shares the features of long-term care, creating a natural overlap or "adhesion" between the two systems. Long-term care services typically encompass both healthcare services and social services. Countries that have chosen to implement independent long-term care insurance systems not only recognize long-term care as a distinct social risk but also caution that merging long-term care with the healthcare system may lead to the medicalization of care. China is currently in the pilot phase of long-term care insurance, with some pilot cities facing inconsistencies in their understanding of the scope of long-term care insurance and problems such as overlapping boundaries and poor coordination between long-term care insurance and the healthcare system. Clarifying the theoretical distinctions and boundaries of these two systems, and designing the scope of long-term care insurance in line with China's specific context, would not only contribute to solidifying the framework of long-term care insurance and optimizing resources but also help prevent the medicalization of elderly care, while safeguarding the independence and dignity of the elderly.

**Key words:** long-term care; healthcare services; long-term care insurance; institutional boundaries

(责任编辑:仇雨临)