

【专题:老年照护】

“医养护融合型”长期照护 应急防控体系建设

陈 伟

【摘 要】老年长期照护是一个伴随着老龄化全生命周期、充斥着慢性非传染性疾病防治与管理、急性突发(传染性)疾病响应与治疗、医养护费用与权责归集等方面老年公共健康诉求的长期的制度工程。“医养护融合型”长照应急防控体系应当注重全路径照护和精益化长照产品配置,从制度层面对公共卫生事件的防控体系和权责归位做到更具层次性和可回溯性的划分。长期护理保险着眼于“对长寿风险的分摊”,其路径选择对长照应急防控体系制度化建设至关重要。长江经济带五个城市长期护理保险试点在“经办市场化”“险种专项化”“护理类型化”三个维度推出了符合各自地域发展情境的实验性策略,为我国在老年照顾领域中建设应对“常态化的潜在风险”及“非常态化的突发危机”的国家级制度提供了实证依据。

【关键词】老龄化;长期照护;应急防控体系;医养护融合;长期护理保险

【作者简介】陈伟,南京理工大学公共事务学院社会学系副教授(南京 210094)。

【原文出处】《社会科学》(沪),2021.5.82~93

【基金项目】本文系国家社科基金项目“‘医养护融合’背景下长期照护制度的防控型全路径与精益化建设研究”(项目编号:20BSH56)、教育部人文社会科学研究项目“城市居家养老服务供需平衡路径的优化研究”(项目编号:19YJC840033)的阶段性成果。

一、问题的提出

贝克在《风险社会》一书中提出:“风险社会是世界性意义上的风险社会”^①,2020年,全世界范围内的新型冠状病毒感染阻击战,恰恰展现出了一种非常态化情境之下、公共卫生领域“应急管理实践创新和理论探索相伴而行”的场景^②,也对“健康中国战略”的顺利实施提出了现实挑战。构建一套“响应迅速、权责明确、监/防控成熟”的应急管理体制应当是一项未雨绸缪、循序渐进的国家级工程,其内在运行逻辑基于“跨部门协同治理”的高效性和聚合力。此次疫情暴发,老年群体首当其冲,他们是最脆弱的“风险群体”,这种状况给医疗服务体系带来了“非常态化”的应急管理压力;与此同时,也对“常态化”全民健康保障之下公共卫生服务的“前端风险预警能力”和“过程防控治理能力”提出了严峻考验。

早在2016年10月,中共中央、国务院就印发了

《健康中国“2030”规划纲要》,提出“普及健康生活、优化健康服务、完善健康保障、建设健康环境、发展健康产业”五方面的战略任务^③;2017年10月,党的十九大报告更将实施“健康中国战略”纳入国家发展的基本方略,要求“为人民群众提供全方位全周期健康服务”^④;2020年10月,《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》中也明确提出“实施积极应对老龄化国家战略”。

然而,面对庞大的健康服务需求,尤其在当前公共卫生事件形势逼人的社会现实之下,我们应更加着眼于“潜在的风险”,抑或是“突发的危机”,还是做兼顾二者的制度准备?对这一问题的回答对今后的战略性改革走向可能产生深远影响。具体而言,该选择从哪一(几)个部门体系、哪一类健康服务受众来撬动这项最前沿的战略性改革呢?又该如何进行兼具“常态与非常态”“预警与防控”,同时亦能体现

“全周期与绩效性”的国家应急管理体系建设呢?基于这样的思考逻辑,本文选择将“公共卫生服务与医疗服务的高效协同”作为切入视角,将老年群体作为应急管理 with 风险防控的重点对象,具体提出“全路径追踪下的‘医养护融合型’长期照护应急防控体系建设”这一研究议题,来尝试回答上述问题。

二、“常态化与非常态化”下长期照护应急防控机制路径考辨

人口老龄化作为一种不可逆的社会形态和新的基本国情,正催促着原有资源配置方式以及制度安排架构在传统与现代之间实现历史性的转换。当下,在“人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾”中探索老年福利治理的发展路径,应当成为每一个家庭、组织、社区,以及整个市场、政府都需要分担的社会责任。2010年全球人口老龄化国家及地区为76个,预计2050年将增至157个。^⑤不难知悉,21世纪是全球老龄化的时代,而全球老龄化亦是长期照护服务成为世界性议题的根本原因。

从人口学角度分析,老龄化可能是由于年龄金字塔底部少儿人口增长减缓所造成,又或是顶部老年人口增长加速所导致;而我国近些年来由于受到计划生育政策和人口预期寿命延长的影响,正面临着“底部老龄化”与“顶部老龄化”的双重夹击。截至2020年年底,我国人口总数14.2亿,其中60岁及以上人口达2.54亿,占总人口17.9%,且2050年将增至4.87亿左右;与发达国家相比,我国人口年龄结构从成年型转至老年型仅用了18年左右的时间,预计至2030年,中国65岁及以上人口占比将超越日本,成为全球人口老龄化程度最高的国家(或将超过25%),2050年我国老年人口比重将迎来峰值期,届时每三个人当中就有一位老年人^⑥。易言之,我国的老龄化总体情态正趋近于且将较长时间停留在一个所谓的“高位平台期”。有研究者经过人口学测算发现,2018年至2021年期间,我国将出现“底部老龄化”和“顶部老龄化”同时弱化的短暂喘息期,但仅仅依靠生育政策的调整很难应对抚养比逐渐上升的养老现实困境(预计2050年我国老龄抚养比将增至现在水平的3倍以上),这就意味着应对老龄化社会的制度准备应当努力争取在此一时间窗口(甚至更为迫切

的时间内)高效完成,社会保障体系建设、公共服务体制深化改革、应急防控型公共卫生模式推进、老年科技产业精进等涉老制度改革都迫在眉睫。

众所周知,所谓“长寿风险”,很大程度上是指老年人口将在“长寿不健康”的境遇中遭受高失能风险。长寿风险会导致失能群体的规模化增长,进而造成结构性的老年人口长期照护问题。根据我国1950年代“婴儿潮”的年龄组群推算,这部分人口进入高龄(80岁及以上)还需15年左右,也就意味着,当下将会迎来完善我国养老照护服务系统的关键性“时间窗口”。人口老龄化加速发展,健康维护与医疗、护理的成本自然也会上升,而国家完善相关制度安排和调整相应政策的窗口期却非常短。更为棘手的是,我国老年人的疾病谱系已经从以传染性疾病为主加速转向以高血压、糖尿病、心血管疾病、呼吸系统疾病、脑卒中、肿瘤等慢性非传染性疾病为主^⑦(更勿论我国在慢性病方面的知晓率/治疗率/控制率均存在严重不足的前提下,还存在较大的城乡二元差距)。在此次新型冠状病毒疫情暴发的重大公共卫生事件当中,首当其冲的就是易患/罹患各类慢性疾病的老年群体,慢性(非传染性)疾病与急性突发(传染性)疾病之间相互交缠、相互影响使得老年群体面临的风险呈几何级数倍增。而这种风险隐患更会借助互联网的“扩散效应”滋生出失序蔓延的大众不良情绪和社会恐慌舆情,对公众心理健康的影响不容小觑,更加剧了“健康中国战略”所面临问题的复杂性。正如风险社会的表现形式之一就是社会各系统、各要素之间的交互影响加强,由此可能导致无法预知的后果,也就是说,存在一种“风险共生”的可能。

因此,构建一项趋于完善的长期照护机制是应对“常态化长寿风险”的基础性制度保障,在其中嵌入应急防控因子更是对“后疫情时代非常态化长寿风险”审时度势作出的选择,需要对基础性长期照护机制制度细化。甚至可以说,在新冠肺炎疫情肆虐的当下,应急防控导向的长期照护体系建设刻不容缓。因此,在“常态化与非常态化的长寿风险”中探索老年公共卫生服务与医疗服务的高效协同性,尤其是对于老年失能/失智群体的照护服务更应该是一种“长期性的制度安排”;构建“医养护融合型”长期照护应急防控

体系将会为老年失能/失智群体设置一道兼具“前端风险预警能力”和“过程防控治理能力”的保护网。

2003年抗击“非典”之后,我国开始着手构建以“一案三制”(应急预案、应急体制/机制/法制)为特征的应急管理体系^⑧,希冀从制度层面对公共卫生事件的(管)防控体系和权责归位做到更具层次性和可回溯性的划分,这一点鲜明地体现在了对“体制/机制/法制”的制度细化方面。(参见表1)囿于老年照护是一个伴随着老龄化全生命周期、充斥着慢性非传染性疾病防治与管理、急性突发(传染性)疾病响应与治疗、医养护费用与权责归集等方面老年公共健康诉求的长期的制度工程,提升长期照护体系的应急防控能力同样可以通过在制度规划上的风险分摊与分解来达成。

德国学者卢曼从社会结构的分化与演变来分析风险社会:进入现代社会以后,社会结构呈现“功能式分化”,整个社会分解为功能不同、地位相等的功能次系统^⑨,因此,每个次系统的决策和行为如若达成制度建构层面的意识形态统一,则有望形成一种

应急防控功能叠加的正向效应。参照“一案三制”应急管理体系构建的思路,我们同样可以将长期照护制度诠释为“规制”、“险制”和“法制”的“三制合一”: (1)长期照护结构性制度,(2)长期照护保险制度,(3)长期照护法律制度^⑩,并在此基础上搭建因应“常态化与非常态化”风险的长期照护应急防控体系。

“三制合一”的概念内核体现了“协同治理”的理论本质,旨在从制度细化层面全方位确保公共卫生服务部门、医疗服务部门、老年康复养护部门在照护权责响应及回溯机制之间进行高效协作,通过达成良性的组间协同进而提升应急防控的标准和能力。协同治理,为我国尚无长期照护制度、却适逢跨部门协作实践不断涌现的“实然”提供了重要理论启示,它强调一种“制度化了”的协同合作,关注合作的行动者之间是否生成了一种较为稳定的结构,行动者之间能否产生某种内生性的行动秩序;这就从根本上不同于传统制度框架下让人口变化适应制度发展的管控型策略。

如图1所示,“应急防控型全路径照护”首先基于

表1 长期照护制度的“三制合一”

结构层面·规制	长期照护制度架构	政府(民政部/人社部/卫健委/残联等)、市场、非营利性社会机构、家庭及个人等
保障层面·险制	长期照护保险制度	财政专项拨款、医疗保险统筹账户和个人账户的比例调整、商业保险等(如,城镇职工/居民护理保险)
法律层面·法制	长期照护法律制度	如,老年长期照护法案

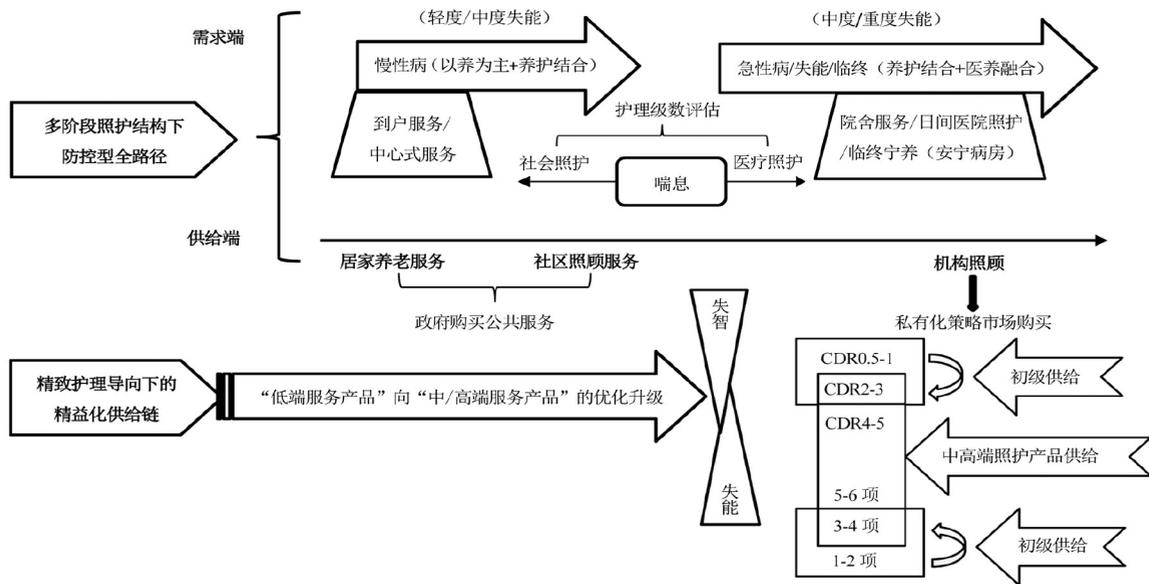


图1 医养护融合型“全路径照护光谱”与“精益化照护产品配置”

注:根据“记忆/定向力/判断及解决问题/社区事务/家居及嗜好/个人照料”6项指标,将失智依照“健康/疑似或轻微/轻度/中度/重度/深度/末期”,分别评定为CDR0、CDR0.5、CDR1、CDR2、CDR3、CDR4、CDR5这7个等级。

“全生命周期”,监/防控不同失能失智阶段的真实老龄情态,进一步,以类型化的方式构建居家养老(家庭健康护理)、社区服务(社区护理)、机构照顾(医院/私人养老院护理)指向的“全路径照护光谱”(integrated care continuum/spectrum)。这种全景式、全包裹性的制度设计,可用来应对我国社会保险体系“系统老龄化”的境况。值得一提的是,这种试图融合“医养护”理念的长期照护制度化建设思路与应急管理作为一项典型的跨部门公共事务具有很大程度的耦合性。也就是说,“全路径照护光谱”的认知框架,因应了老年生命周期“慢性病—急性病—部分失能—完全失能—临终”几个不同阶段,使服务层次包含了日常生活照护、复康照护、医疗照护和宁养服务,服务类型涵括居家养老、社区服务、机构照顾(全日制院舍服务和非全日制喘息服务、机构式临终关怀、医院“安宁病床”),服务输送由政府购买(“委托—代理制”)、市场购买(专项保险的比例性支付)作为主要兑现方式,以此将“长期照护的制度语言”转化为分段式、可操作的服务大类,从而在制度层面对公共卫生事件的防控体系做到更具层次性的划分,与此同时,亦对风险或事故发生之后的权责归位做到可回溯性的追踪。

“精益化”理念源于管理学术语“精益化管理”,是指对需求的精准把关,要求照护产品按需购买程度提高、产品供应端口有严苛的资格审查、产品向目标人群定向瞄准,而不具备普惠性或公共性,旨在突破目前“中低端照护产品过剩、高端照护产品供给不足”的供给结构瓶颈和“需求搁置”现象,达至“低重复性、高辨识度、强专业性”,尤使之适配于失能老人群体中极具代表性且护理级数偏高的失智老人(日常生活辅助,ADL;行为性与心理性失智症状应对,BPSD)。也就是说,在服务输出端口形成一道目标人群指向性明确的筛选机制,避免“供应池”的规模性迭代或服务类型的内卷化风险,在照护箭头的中后端形塑按评估等级划分的、由初级照护产品供给向中高端照护产品供给嬗递的“优化升级型产品结构”,体现高效集约的服务接驳能力,从而构建一种“需求导向型”长期照护制度。因此,一个“制度化了的”长期照护结构,理应是多元照护主体在合理秩序中达成“高结构拟合度”的优化组合,并通过“高供

需匹配度”反馈出“医养护融合”机制背后公共卫生服务体系与医疗服务体系之间“非内卷化”的高效协作,以及照护产品配置的结构优势;“按需生产”,用高端照护产品补位低效甚至无效的重复,使“制度投入”和“功能产出”之间此消彼长,在应用层面做到长期照护制度“供给端”与“需求端”精益化对接,更能从照护产品的优化升级型配置中体现出对构建公共卫生事件防控体系的细致入微,从照护产品的标准评估中使风险或事故发生之后的权责归位变得有迹可循。

自2015年以来,随着对“医养护融合”概念探讨的不断深入,无论学界还是实践部门都愈发意识到,以日常生活照料和非治疗性康复护理为主导的长期照护服务制度建设,其紧迫性远甚于以诊断治疗和住院手术为主的医疗服务。针对西方发达国家的研究还发现:如若分别通过“社会服务”与“医疗服务”的途径提供同样的公共服务产品,前者费用比后者平均降低了30%左右。但即便如此,以美国为例的发达国家在长期照护方面的支出仍十分庞大:单个失智个体的年照护开销约在41000至56000美元之间(包括市场化购买、非正式照护、现金支付等);其中美国政府为此需支出的总体财政资金在1570亿至2150亿美元之间,医疗保险制度(Medicare)仅覆盖其中的110亿美元^①,这就意味着,不仅长期照护服务的制度化建设迫在眉睫,长期护理保险制度的设计和运行亦对政府的财政专项支出及社会保障体系的结余划转等提出了不小的挑战。在这个意义上而言,长期护理保险制度的研究和落地,将会使“医养护融合型”长期照护应急防控体系建设尽快成为现实。

三、长护险的地方实践:长江经济带试点城市的多案例剖析

1. 长期护理保险作为一项制度选择

制度建构实际上在某种程度上体现了人们的理性设计和价值取向,是由工具理性和价值理性共同构成的^②,制度构建也可以看作是政府运用政策工具或规制框架来促进社会发展或转型的过程^③。以我国人口生育政策近五十年的演进为例反观养老保障领域的制度变迁,20世纪70年代我国开始推行“计划生育基本国策”,2014年上半年各省陆续实施“单独二胎政策”,直至2016年1月1日“全面放开二胎政

策”的启动,从某种程度上都可以看作传统制度框架,仅仅是通过让人口变化适应制度发展的管控型策略来满足养老需求,无法做到基于“全生命周期”的视角细化评估不同失能失智阶段的真实老龄情态;而长期照护服务的重点对象聚焦于失能失智老人^④,相应地,长期护理保险制度,则主要是针对经评估达到一定护理需求的长期失能参保人员,为其提供基本生活照料以及与基本生活密切相关的医疗护理服务^⑤。目前我国的社会保险系统正面临“系统老龄化”,前瞻性的养老制度设计及其研究均亟待深入挖掘社会保险的潜力,以便跟上“深度老龄化”的时代脚步。我国有2.54亿60岁及以上老年人以及4000万失能人口^⑥,这两个庞大的数字均催促着一项新险种的诞生——长期护理险^⑦。

早在2013年7月1日正式实施的我国新版《老年人权益保障法》中即已规定,“国家要逐步开展‘长期护理’保障工作来保障老年人的护理需求”。“十三五规划”也提出了“要探索建立‘长期护理保险制度’”。2021年作为“十四五规划”的开局年,如何使因应“常态化与非常态化”长寿风险的长期护理保险做到全国整体范围内的制度落地,将会是老年照顾制度顶层设计的重要环节。

长期护理保险作为多层次社会保障体系的重要组成部分,其所关涉的政府部门(人社部门/财政部门/民政、老龄部门/卫生部门等)、长期护理保险经办机构、护理服务机构、服务人员、参保人员等如何明确各自的权责分工?长期护理保险信息系统构建过程中所关涉的保险申请、评估、经办、服务、结算、管理等全过程的信息化如何操作落实?长期护理保险与养老保险、医疗保险、工伤保险等其他社会保险制度如何做到险种间的功能衔接?^⑧如何使长期护理保险与困难救助、高龄津贴、失能补贴、残疾人护理补贴等制度做到结构性互补?在我国长期护理保险制度正式出台之后,如何鼓励商业保险公司开发与之相衔接的商业护理保险,以促进社会化长期护理服务市场的整体性发展?一系列的问题等待我们来回答。

发达国家或地区养老金制度发展历史较长,亦在长期照护制度方面不断寻求突破和完善,为我国提供了可资借鉴的经验。宏观层面,纵观当前OECD国家

所推行的长期照护政策^⑨,大致可类型化为“普享式照护津贴”“社会保险模式”“商业保险模式”三种,其中,德国、日本、韩国、荷兰、卢森堡、以色列主推社会保险模式,法国实行同时包括护理津贴、健康保险、商业护理保险的混合模式,美国则以商业保险模式为主^⑩。

具体而言,OECD国家的长期照护制度类型包括:

(1)“社会保险模式”:长期护理社会保险(德国/荷兰/卢森堡/日本/韩国/以色列);

(2)“混合模式”:(普享式)护理津贴、健康保险、商业护理保险(法国);

(3)“商业保险模式”:长期护理商业保险(美国)。

已有研究者指出,在应对“常态化与非常态化的长寿风险”时,为年老、患病、失能失智、突发性公共危机等导致生活无法自理的社会成员提供照护服务的长期护理保险制度,似乎是唯一选项^⑪。值得指出的是,当前已经实施长期护理保险的国家,大多数都在国家处于中度老龄化(国际公认标准65岁及以上老年人口占比14%~20%)的临界点时便先后建立了该项制度^⑫,而我国人口老龄化是在正式养老制度相对不健全,甚至某些支柱型养老保障制度安排尚未建立的情况下发生的,尤其在应对老年人失能风险的制度建设方面仍显滞后,对照来看,什么样的时间点才是我国推行长期护理保险的最佳时期呢?

2016年6月27日,我国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》,将河北承德市、吉林长春市、黑龙江齐齐哈尔市、上海市、江苏南通市和苏州市等15个城市作为长期护理保险制度的试点城市,旨在“十三五规划”中“利用1—2年试点时间”基本形成长期护理保险的制度政策框架。然而事实上,对于一项希冀覆盖全民的社会保险而言,为14亿人口寻找一个“筹资维度”的最大公约数无疑是一个制度难题,因此,试点工作延期了,只能继续扩大试点范围。2020年下半年,国家医保局和财政部宣布,增加北京市石景山区、天津市、山西省晋城市等14个长期护理保险试点,并明确其作为独立险种的地位(被一些媒体冠以“社保第六险”之名)^⑬。

另外一个值得注意的问题是,在借鉴同样实行社会保险模式的西方发达国家经验的过程中,我们必须注意其在面临制度收支不平衡时所采取的缴费

率调整举措。如,荷兰的保险费率由1968年的0.41%升至2008年的12.15%,德国从最开始建制时的1%增加至2015年的2.35%^⑤。毕竟,长期照护支付周期将随着医疗技术的推进和预期寿命延长而不断增加,可预见的制度支付平衡和财政支出可持续性必将遭遇重大挑战^⑥。虽然从实物经济的视角来看,目前世界上大多数国家实行的养老保险主要依赖后代养老,然而在“人口红利”逐渐消失的境况下,养老金增长单纯依靠下一代就业人口的增长及其劳动生产率的提高并不现实,诸如国有资产划转社会保险基金的制度安排虽然短期有效,但未必能支撑涉老公共服务体制的可持续性发展。

德国的长期照护保险制度模式将长期照护服务分为三大级别,同时制订了长期照护需求评估标准的制度规则,为保险公司设计护理保险产品提供了可靠的依据;日本将护理需求分为七个等级^⑦;美国实行的也是评分制^⑧。而我国尚未建立老年人长期照护信息的数据库,无论是在生活自理能力等级标准和护理分级标准方面,抑或是护理服务的支付标准方面,均处于相对空白的阶段。但即便如此,我国长期护理保险制度试点城市仍然在近三年的时间内纷纷推出了一些实验性策略(如,需求评级、资方架构、支出标准、服务频次等),尤以经济发达的长江沿岸城市为典范。因此,我们选取了南通、苏州、上海作为个案,对三座城市在长期护理保险政策设计和实施运营方面做出比较与评价。

2. 长江经济带长期护理保险试点的实证研究:城际间的类型化

本文采用了个案研究法来解释特殊个案的内在价值,以“类型比较法”作为研究策略,将长江经济带长期护理保险制度的若干试点城市假设为“积极个案”,旨在可比性较强的个案间“寻求理论建构的效用”,挖掘不同制度建构路径背后的“可行性参量”。笔者及其研究团队自2019年1月便启动了一项为期三年的纵向实证研究,率先遴选了南通、苏州、上海三城市,并在此基础之上扩围了徐州和南京,探索“失能群体”长期护理保险模式的实践共性,希望通过比较和类型化,归纳一幅“模型光谱”,用以支撑通过“部分”逐步接近“整体”的研究旨趣。

此次纵向研究的第一轮起始于对政府相关政策文件(内部讨论/公开发布/试行)、会议记录等文献资料的收集,包括2017年6月28日公开发布之《苏州市人民政府印发关于开展长期护理保险试点的实施意见的通知》、2018年11月11日由上海市人力资源与社会保障局及上海市医疗保险办公室拟定之《上海市长期护理保险社区居家和养老机构护理服务规程(试行)》。此外,笔者和研究团队还对南通市部分基层政府进行了走访,取得了大量的一手资料。我们对上述资料依次进行了政策文本分析,运用质性研究方法中的“主题式分析法”(thematic analysis)从文本中归纳了“制度模式”“政府角色”“经办主体”“实施主体”“运行机制”五个分析维度,并从这五个维度来识别长期护理保险制度的“连续统”或“模型光谱”。

(1)南通市:市场化策略

2016年1月1日起,南通市按照独立的社会保险种设计,在全国范围内率先启动了长期护理保险的试点工作。该市将重度失能人员作为首批保障对象(截至2017年,全国60岁及以上重度失能占比已1.3%),采取第三方参与经办、政府监督的管理模式。参照Barthel量表,南通市将失能人员等级分为重度(40分以下)和中度(40—50分)两类,劳动能力鉴定中心作为评价主体,生成目标对象的筛选名单。

在筹资方式上,南通市采取了“医保统筹基金(结余划转)、政府财政补助、个人缴费,同时接受企业、单位、慈善机构等社会团体和个人捐助”的多渠道资金筹集机制;在筹资标准上,选用“定额筹资”的方式(目前暂定为每年100元,其中基金划转、财政补助、个人缴纳分别为30元、40元、30元);城镇职工可从其医疗保险基金个人账户中直接划拨,而城乡居民在每年缴纳医疗保险费时同步缴纳长期护理保险费(其中困难群体及未成年人由政府财政进行全额补助)。

依照“运行风险共担、保险事务共办、管理费率固定、年度考核退出”的逻辑原则,政府签订协议委托具有资质的4家中标商业保险公司作为第三方,以4.5:3:1.5:1的比例,明确彼此之间所享受的权利以及需承担的责任份额;4家商业保险公司共同成立了一个由19人组成的“长期照护保险服务中心”,具体负责保险受理评定、费用审核、结算支付、稽核调查、信息

系统建设与维护等具体工作,第三方的经办服务工作经费则按基金收入的1%~3%计提(每年分两次拨付)。

长期护理保险给予每位接受机构护理的受保对象每月2100元的照护补贴;接受居家护理的重度和中度失能受保对象除每月分别享受450元和300元的照护津贴之外,还可获得专业照护公司每周2—3小时的护理服务(包括10项生活照料服务和至少5项基础护理服务),服务费用由长期护理保险基金支付(每月套餐价约1000元)。除此之外,南通市政府还开展辅助器具租赁服务,为重度和中度失能受保对象提供每年4000—6000元标准的家用护理床、轮椅等辅具租赁补贴。

截至2019年年底,南通市区已有120.2万长期护理保险参保人员,目前已发展14家定点养老服务机构、9家定点医疗机构、9家上门服务机构、2家定点照护器具服务公司,已经为9800名重度和中度失能人员提供长期护理保险的保障服务,其中,接受居家护理和机构护理服务的比例约为71:29。

(2) 苏州市:渐进式策略

2017年10月1日起,苏州市开始实施长期护理保险的分阶段试点工作(2017—2019年/2020年至国家正式出台长期护理保险制度为止),保险基金按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则筹集:医保统筹基金部分,社会保险经办机构按照标准每年年初从社会基本医保统筹基金结余中一次性划转(职工基本医疗保险统筹基金结余按70元/人、城乡居民基本医疗保险统筹基金结余按35元/人);政府财政补助部分,由各级财政依法在每年年初的财政预算、福彩公益金、残疾人就业保障金等资金中一次性划转(50元/人);个人缴费部分,根据不同群体收入水平、年龄段确定缴费标准,缴费数额不高于上一年度全市常住居民人均可支配收入的0.2%(试点第一阶段暂免征缴)。

试点第一阶段,在医疗保险定点护理机构发生的医疗护理费用,继续由医保基金按规定支付,生活照料费用则由长期护理保险基金支付;试点第二阶段,着重探索将医疗保险基金保障的、与长期失能人员生活密切相关的医疗护理纳入长期护理保险制度统一运行。护理服务机构主要由本市范围内能够从事长期护理服务的医院、护理院(站)、社区卫生服务中心等医疗机构,各类养老服务机构,提供居家护理

服务的机构所组成,用以提供“医疗机构住院护理”“养老机构护理”“社区居家护理”三种类型的长期照护服务;主要保障失能人员的医疗护理和生活照料服务(包括清洁照料、睡眠照料、饮食照料、排泄照料、卧位与安全照料、病情观察、管道护理、康复护理、清洁消毒等项目)。其中,入住机构的重度失能人员和中度失能人员定额标准分别为26元/天、20元/天;居家护理重度失能人员和中度失能人员定额标准分别为30元/天、25元/天;医疗保险基金对医疗护理费的支付标准则按照医疗保险相关规定执行。值得注意的是,与南通招标商业机构作为第三方经办组织的做法不同,苏州长期护理保险的经办机构为本市社保经办机构,第三方仅作为管理机构与其有效衔接。

(3) 上海市:评估策略

2017年12月30日,《上海市长期护理保险试点办法》(后简称《试点办法》)发布,同时印发施行周期为两年(2018年1月1日至2019年12月31日)的《上海市长期护理保险社区居家和养老机构护理服务规程(试行)》。

《试点办法》将受保对象分为本市职工基本医疗保险参保人(第一类人员)和本市城乡居民基本医疗保险参保人(第二类人员)两大类,分年度执行长期护理保险。《试点办法》同时规定,60岁及以上、经老年照护统一需求评估达2—6级的老年人,可被列为社区居家照护或养老机构照护的长期护理保险参保人员,并且申请长期护理保险所发生的老年照护统一需求评估费用由长期护理保险基金支付80%,个人自付20%。

按照评估等级,设定最低服务频次:2—3级、4级、5—6级需求分别对应每周3小时(不少于3次)、每周5小时(不少于5次)、每周7小时(不少于7次)的服务标准。然而值得注意的是,上海市长期护理保险所覆盖的服务类型分为“社区居家照护”“养老机构照护”“住院医疗护理”三大类,其中前二者所产生的、符合长期护理保险规定的服务费用,不计入长期护理保险基金关于住院医疗护理的起付标准。

展开来说,第一类人员的住院医疗护理起付标准及最高支付限额暂分三方面:(1)在住院期间发生的、符合规定的医疗护理费用,长期护理保险基金参照“职工医保”住院相应的标准,与当年度发生的“职

工医保”住院费用合并计算(第二类人员与此相同,但参照标准为“居民医保”);(2)若所发生的服务费用在起付标准以上、最高支付限额以下,则由长期护理保险基金参照“职工医保”标准按规定的比例支付;(3)最高支付限额以上的服务费用,由长期护理保险基金支付80%,其余部分由参保人员自付。个人账户部分,第一类人员“职工医保”的个人医疗账户历年结余资金,可用于支付符合长期护理保险规定的住院医疗护理的自付部分费用;另,第一类人员发生的长期护理保险住院医疗护理的自付费用,计入其个人年累计自付医疗费,纳入“职工医保”综合减负范围。

试点期间,可提供相应养老服务的人员被分为养老护理员和养老护理员(医疗照护)两种,由上海市福利协会和社区卫生协会组织技能水平评价。服务计划由执业护士、中级及以上养老护理员或具备两年以上工作经验的养老护理员拟定。定点护理服务机构同时建立“护理质量控制小组”,尔后双方协商制定《长期护理保险服务计划表》。在服务对象接受护理服务的过程中,由定点护理服务机构按月汇总形成《长期护理保险服务确认报告》,并于次月1—5日向所在区医保中心提交,作为费用结算的凭证。

综上所述,三座城市在设置长期护理保险暂行办法的过程中显现出各自的政策侧重点:南通市主要将保险对象收窄至风险级数偏高的重度失能群体,采取市场化策略,政府放权,将商业保险公司纳入长期护理保险基金的经办方,各家商业保险公司按比例明确彼此能享受的权利和需承担的责任,这

为将来长期护理保险基金市场化运营培育、孵化有资质的利益持份者提供了制度准备。苏州市则主要采取渐进式策略,将长期护理保险的运营分阶段运行,对保险划转、政府补助、个人缴纳均给出了更为明确的筹集标准。在将护理按场域分为机构护理和居家护理两大类的同时,苏州市按服务类型将医疗护理费和生活照料费的支出渠道划开,分别由医疗保险和长期护理保险基金缴纳,尔后慢慢过渡,将医疗保险中的失能群体逐步剥离出来,转移至长期护理保险的受保范围中,后者对失能失智群体的专项保障性更强,这样就在一定程度上为将来长期护理保险作为独立险种的推出明确了功能边界。上海市明确将长期护理保险基金可支付的范畴及标准划归为“居家护理”“机构护理”“住院护理”三大类:在“居家护理”和“机构护理”中,上海市比较注重评估的重要性,主要在护理评级的基础之上,将服务频次进行标准化处理(护理评级越高服务频次也越高)。而涉及“住院护理”这一类别中,上海市则更加注重在起付标准和最高支付限额方面,因应“职工医保”和“居民医保”参保人员的身份,进一步明晰其各自的支付细则。而针对护理类型化的设置,上海市也更加细化了在社会化养老照护服务人才方面的孵化,在执业护士之外,对照设置了社会服务导向的养老护理员、医疗服务导向的养老护理员两种类型。

结合笔者曾调查过的徐州、南京两市,我们将长江流域五城市长期护理险试点的主要特征归纳如下。(见表2)

表2 长江流域五城市的长期护理保险制度“模型光谱”

个案城市	上海	苏州	南通	徐州	南京
制度模式	评估策略	渐进式策略	市场化策略	优先策略	分级策略
政府角色	制定评估政策(需求达2—6级)、区医保中心事后结算	财政一次性划转(财政预算/福彩/残疾人就业保障金等)	独立险种、财政补助、商业机构竞标、较少直接介入	市医保中心受理、定期入户走访、按月结算、较多直接介入	强制的社会性长期护理保险、鼓励商业护理险
经办主体	定点护理机构监力(“护理质量控制小组”)	市社保经办机构主导、招标商业机构仅作管理	商业保险公司实体联营(“长期照护保险服务中心”)、按比例确权经办(4.5:3:1.5:1)	政府(市人社局/市医保中心)管理策动居民响应	政府承担大头(70%)、个人负担部分(30%)
实施主体	执业护士+养老护理员(中级及以上/2年以上工作经验)	住院护理、机构护理、社区居家护理	定点(养老机构/医疗机构/照护器具公司)、上门服务机构	政府协议的(养老机构/医疗机构)	家庭护理、社区康复中心全护+特护病房、机构护理
运行机制	自上而下、自下而上合作分工	自上而下为主、自下而上为辅	自下而上	自上而下	自上而下(牵头)、(鼓励孵化)自下而上

概言之,南通、苏州、上海作为近三年长期护理保险试点示范的长江沿岸经济发达城市,各自在“经办市场化”“险种专项化”“护理类型化”三个维度推出了符合地域发展情境的实验性策略,不难看出,这些实践在一定程度上回应了上文提出的有关我国如何构建长期护理保险的系列发展性问题。此外,笔者在调研过程中还发现了一些不容忽视的细节性问题,这些问题对未来长期护理保险的专项建设同样非常重要。

首先,近些年陆续出现的长期照护服务制度、长期护理保险、长期护理保障、医养融合、长期照料、高龄失能补贴等概念,从侧面反映出民政部门、人社部门、卫计部门等政府部门对于长期护理保险制度在权责站位、支付渠道等方面的莫衷一是。如,“长期护理保障”相较于“长期护理保险”,民政部门认为前者才属于民政统筹范围;而人社部门急于将“长期护理”更名为“长期照护”,主要是出于对长期护理保险将从捉襟见肘的医疗保险中划拨资金的担心;卫生部门近年来主抓医养融合导向下的“长期护理”,而非“长期照料”,也是源于“护理”指向医疗临床领域,而“照料”却似乎会让卫生部门丧失工作主导权。

第二,在护理场域的跨部门协同合作方面,以我国香港地区为例,其长期照护服务的结构生态共分为“机构照顾”“非机构照顾”“社会(现金)津贴”三类,机构照顾一直沿袭着由公部门或非营利部门提供的传统做法,另外,在政府引入“买位计划”(bought place scheme)之后,私部门和非政府组织亦开始成为外包对象,提供护理床位。总的来说,如若以使用依赖性的降序划分,主要是疗养院、护理安老院(care and attention homes for the elderly)、老人院。除此之外,公共财政资助之下的医院管理局(Hospital Authority, HA)承接了90%以上的健康照护病床,同时提供长期住院、精神治疗、精神受损、安宁病床等;非机构照顾主要靠社会福利署、政府资助的非政府组织(提供居家照护^⑧和日间照料)、卫生署(于地区老年健康中心提供初级预防照护)、医院管理局(由医护人员提供安宁照护和社区老年病外展照料);社会(现金)津贴则主要提供给那些贫困老人、患有身体或精神残疾的老人^⑨。

第三,在护理服务配比方面,以长期护理经验丰富的我国台湾地区为例,其养老机构护工与老人占比约为1:8,即1名护工可同时为8名老人提供照护服务。而据民政部最新统计,我国大陆地区目前有失能失智老人约4060万,养老机构从业人员却不足百万,每年取得护理员职业资格证书的仅有2万人左右。与此同时,从2012年开始,我国劳动人口以每年200万至300万的速度递减,“人口红利”减弱已是现实,无论是照护服务供应端的培养规模,还是照护型人才队伍的技术增值,均可列为我国长期照护服务制度建设的显性需求(若按照1:4的失能失智老人养护比例测算,未来至少需要补充1000万名长期照护服务人员)。

与其说我国正面临“未富先老”的养老困境,不如将现实情况精准地归纳为“未备先老/慢备快老”,这样也许更能凸显目前全面深化改革过程中养老制度方案的结构性和系统化缺失。因此,我们必须利用好“人口红利”的最后窗口期,填补养老护理人才缺口,加快健康事业转型,促使养老代际责任与代际公平得以平衡。可以预见的是,随着物联网、大数据、人工智能、生命科学等技术的发展,老龄化产业必将在中长期不断促进老年照料及护理岗位等智能化升级,打通智慧健康养老产业链的同时,缓解因劳动力减少而导致的涉老产业结构性失衡等。

结语

本文选取长江流域五个城市作为典型,单从方法论上而言,无疑是一种“走出个案”、力图呈现多元异质性个案间制度类型比较的研究偏好。通过实证研究亦不难获悉:在“服务型制度情境”中细观某一(几)种长期照护“地方性事实”,进而识别区域性长期照护制度框架,及其背后行动者策略的选择偏好,不仅有助于寻求城际间进行适用性“转译”的解释体系,更有助于形塑出一套结合多元“地方性知识”的“模型光谱”。

众所周知,保险的实质在于“风险分摊机制”,仅仅是我国长江经济带长期护理保险试点城际间的类型化就呈现出了一种区域间的“路线之争”,即到底是走商业保险的路,还是全社会动员、强制交费的社会保险为传统的传统路径。^⑩因此,建立一项可覆盖14

亿人口的全民长期护理保险更是面临诸多挑战,但长期护理险理应成为我国老年照顾领域中对“常态化的潜在风险”及“非常态化的突发危机”具备实时反应能力和应对效能的国家级制度准备。希望本文对长江经济带长期护理保险试点城市的横截面研究,能够为具体落实全路径追踪下的“医养护融合型”长期照护应急防控体系建设提供一定的实证依据。

注释:

①[德]乌尔里希·贝克:《风险社会》,何博闻译,译林出版社2004年版,第21页。

②童星:《兼具常态与非常态的应急管理》,《广州大学学报(社会科学版)》2020年第2期。

③《中共中央国务院印发〈“健康中国2030”规划纲要〉》,中国政府网, http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm, 2016-10-25。

④《习近平:决胜全面建成小康社会 夺取新时代中国特色社会主义伟大胜利——在中国共产党第十九次全国代表大会上的报告》,中国政府网, http://www.gov.cn/zhuanti/2017-10/27/content_5234876.htm, 2017-10-27。

⑤彭希哲:《发挥中国优势应对人口老龄化》,《上海证券报》2017年11月16日。

⑥中华人民共和国国家统计局:《中国统计年鉴》,中国统计出版社2020年版,第8页。

⑦华颖:《健康中国建设:战略意义、当前形势与推进关键》,《国家行政学院学报》2017年第12期。

⑧童星:《兼具常态与非常态的应急管理》,《广州大学学报(社会科学版)》2020年第2期。

⑨[德]尼克拉斯·卢曼:《信任》,翟铁鹏、李强译,上海世纪出版集团2005年版,第119页;童星:《中国社会治理》,中国人民大学出版社2018年版。

⑩陈伟、黄洪:《长期照护制度中的“绩效同构”与“风险共担”:一个“协同治理”的解释框架》,《浙江学刊》2017年第2期。

⑪Hurd, M. D., Martorell, P., Delavande, A., et al, "Monetary Costs of Dementia in the United States", *New England Journal of Medicine*, No.368, 2013, pp.1363-1334.

⑫文军:《制度建构的理性构成及其困境》,《社会科学》2010年第4期。

⑬Claude Didry:《当代制度研究:关于现代社会的制度》,《社会科学》2010年第4期。

⑭张盈华:《中国长期护理保险制度的可持续评价与趋势分析》,《人口学刊》2020年第2期。

⑮张文博:《照料社会化:长期照护保险制度实践研究——基于对青岛市长期医疗护理保险的考察》,《北京工业大学学报》2017年第6期。

⑯中华人民共和国国家统计局:《中国统计年鉴》,中国统

计出版社2019年版,第9-24页。

⑰吴靖、于焕焕:《2亿老人、4千万失能人口,这是中国人最需要也是生不逢时的保险》,新浪网, https://med.sina.com/article_detail_103_2_92797.html, 2020-11-30;吴靖、于焕焕:《长期护理险能否成为分担子女压力的“第六险”?》,《记者观察》2021年第1期。

⑱2021年政府工作报告提出,长期护理保险主要是为被保险人在丧失日常生活能力、年老患病或身故时,提供护理保障和经济补偿的制度安排,被称为老龄化社会中除传统的养老保险、医疗保险、工伤保险、生育保险、失业保险五项保险之外不可或缺的“第六险”。

⑲荷兰1968年建立起单独的、全民强制参与的长期护理保险制度,此后的52年间,全世界范围内仅有荷兰、以色列、德国、日本、韩国五个国家建立了全民长期护理保险制度,总覆盖约3亿人。

⑳Barr, N., "Long-term Care a Suitable Case for Social Insurance", *Social Policy & Administration*, Vol.4, No.2, 2010, pp.359-374.

㉑王新军、李雪岩:《长期护理保险需求预测与保险机制研究》,《东岳论丛》2020年第1期。

㉒朱铭来、贾清显:《我国老年长期护理需求测算及保障模式选择》,《中国卫生政策研究》2009年第7期。

㉓吴靖、于焕焕:《2亿老人、4千万失能人口,这是中国人最需要也是生不逢时的保险》,新浪网, https://med.sina.com/article_detail_103_2_92797.html, 2020-11-30;吴靖、于焕焕:《长期护理险能否成为分担子女压力的“第六险”?》,《记者观察》2021年第1期。

㉔刘涛:《福利多元主义视角下的德国长期照护保险制度研究》,《公共行政评论》2016年第4期。

㉕陈璐、徐南南:《中国长期护理保障制度的财政负担——基于德、日社会保险模式的测算》,《保险研究》2013年第1期。

㉖陈璐、刘绘如:《日本长期护理保险制度的改革与启示——基于资金的“开源”与“节流”视角》,《理论学刊》2016年第6期。

㉗Brown, J. R., Finkelstein, A., "The Interaction of Public and Private Insurance: Medicaid and the Long-term Care Insurance Market", *American Economic Review*, Vol.98, No.3, 2008, pp.1083-1102.

㉘改善家居及社区护理服务(enhanced home and community care services, EHCCS), 综合家庭护理服务(integrated home care services, IHCS), 家务助理服务(home help services, HHS)。

㉙Chung, R. Y., Tin, K. Y. K., Cowling, B. J., et al, "Long-term Care Cost Drivers and Expenditure Projection to 2036 in Hong Kong", *BMC Health Services Research*, Vol.9, No.172, 2009, pp.1-14.

㉚目前为止,15个长期护理保险试点城市中只有上海是唯一一个完全独立筹资的城市,城镇职工中,企业和个人均需交费;城镇居民中,需要交费的是60岁及以上的老年人,个人缴纳一部分,剩余部分由市区两级财政按一比一配比拨款。