

# 共同富裕视域下我国长期护理保险政策评价与优化路径研究

## ——基于 PMC 指数模型

薛惠元<sup>1,2\*</sup> 张永高<sup>1,2</sup>

1. 武汉大学社会保障研究中心 湖北武汉 430072

2. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072

**【摘要】**目的:从共同富裕角度对长期护理保险政策进行科学分析和客观评价,致力于探究政策现存问题和优化路径,为政策制定与优化提供理论参考和实践依据。方法:采用政策文本量化方法,运用 PMC 指数模型构建政策综合评价体系,对 2016—2022 年中央和省级政府出台的长期护理保险政策进行量化评价。结论:长期护理保险法律法规不够完善,资金筹集对医保基金依赖程度较高,个人缴费责任需进一步明确,制度覆盖面仍不足,农村面临专业护理机构和人员不足等困境。建议加强政策顶层设计,出台相应法律法规,完善政策实施细则,发挥激励型政策工具作用,促进长期护理保险市场繁荣发展,实现基金多元化筹资,建立完善基金监管机制,以共同富裕为导向扩大参保对象覆盖范围。

**【关键词】**长期护理保险;共同富裕;政策评价;PMC 指数模型

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.06.002

## Study on the evaluation and optimization path of long-term care insurance policy in China from the perspective of common prosperity: Based on PMC model

XUE Hui-yuan<sup>1,2</sup>, ZHANG Yong-gao<sup>1,2</sup>

1. Center for Social Security Studies, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

2. School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

**【Abstract】** Objective: To scientifically analyze and objectively evaluate the long-term care insurance policy from the perspective of common prosperity, and to identify existing problems and explore optimization paths of the policy, so as to provide theoretical reference and basis for practical to policy formulation and optimization. Methods: Policy text quantification method and comprehensive policy evaluation system constructed under PMC index model are adopted to evaluate quantitatively the long-term care insurance policies introduced by the central and provincial governments from 2016 to 2022. Conclusion: The following problems are found during the research: laws and regulations on long-term caring insurance are not flawless; fund raising relies heavily on medical insurance funds; individual payment responsibilities need to be further clarified, coverage of the system is still insufficient, and rural areas face a shortage of professional nursing institutions and personnel. It is suggested to strengthen the top-level design of policies, and introduce corresponding laws and regulations. Also to improve the detailed rules for policy implementation, and give play to the role of incentive policy tools, as so to promote the prosperity and development of the long-term protection insurance market, and realize diversified fund raising, meanwhile establish and improve the

\* 基金项目:教育部人文社会科学重点研究基地重大项目(22JJD630014)

作者简介:薛惠元(1982 年—),男,博士,副教授,主要研究方向为养老保险、长期护理保险和社会救助。

E-mail:xuehuiyuan198204@126.com

通讯作者:张永高。E-mail:FADZYG102102@163.com

fund supervision mechanism, and expand the coverage of insured objects in the direction of common prosperity.

**【Key words】** Long-term care insurance; Common prosperity; Policy evaluation; PMC index model

## 1 引言

老龄化问题日益成为影响我国经济发展和社  
会稳定的重要难题,根据国家统计局数据,2010—2020  
年我国 65 岁及以上人口从 8 193 万增至 1.9 亿人,  
占总人口比例从 8.91% 增至 13.50%。如此大规模  
和快速度的老龄化,与之相伴的是庞大的长期护理  
需求。国家卫健委数据显示,2020 年我国失能、半失  
能人员已超 4 000 万,预计 2050 年将接近 1 亿人,面  
对如此庞大的失能人口,当前我国社会保障体系远  
无法满足不断增长的长期护理需求。2016 年,人力  
资源社会保障部办公厅印发《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),  
标志着国家层面开始推进全民护理保险制度建设与  
发展。2020 年,国家医保局和财政部印发《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)进一步扩大了长期护理保险(以下简  
称“长护险”)的试点范围,党的二十大报告明确提  
出“建立长期护理保险制度”,可见长护险是我国未  
来应对老龄化问题和完善社会保障体系建设的重要  
举措。

目前国内关于长护险的研究主要分为四大主  
题:一是探讨我国建立长护险制度的必要性和重要  
性,认为建立长护险能够产生养老服务、医疗领域、  
经济增长以及减贫、人口政策等方面的一系列重大  
经济和社会效益。<sup>[1-3]</sup>二是我国长护险的模式选择和  
制度设计研究。有学者提出建立社会保险和商业保  
险相结合的制度设想,依托于已有的基本医疗保险  
体系,采取过渡型和渐进式的长期护理策略<sup>[4-7]</sup>,亦  
有学者提出政府引导并委托专业机构运营长护  
险<sup>[8]</sup>,对我国长护险的模式选择和制度设计进行了  
保险性质、筹资模式和责任分担等方面的构思。三  
是借鉴总结国外长护险制度的经验研究。有学者认  
为日本实行全民社保模式具有筹资可持续、资金给  
付条件可控以及服务体系优质便捷的优势,美国市  
场主导模式的商业护理保险具有多层次、多类型、  
政府主导托底、公私合作等优势,德国实行社会互  
助与商业化风险转移方式相结合的双轨运行模式,在  
融资、受益条款、成本控制、质量保证等多个方面拥有

良好而精密的制度设计。<sup>[9-11]</sup>上述国际经验对于我  
国长护险发展具有一定参考价值,但对于政策的具体  
实施效果和实践困境缺乏深入探讨。四是根据我国  
长护险试点城市中的实践问题提出相应建议。不少  
学者以单一或多个试点城市为例发现长护险筹资过  
度依赖医保基金、筹资总体水平不高且地区差异大、  
人才供给不足和制度衔接不尽合理等问题,提出建  
立以社会保险为主的护理保障体系、扩大参保人群  
覆盖面、统一筹资标准、逐步实现独立筹资、加强  
监管等建议。<sup>[12-15]</sup>关于长护险政策的评价,目前总  
体研究较为匮乏,仅有部分学者从政策工具、定性  
比较分析的角度对其进行评价。<sup>[16-17]</sup>

总体而言,当前国内学者对长护险政策的研  
究仍存在以下不足:首先,方法层面,当前对于我  
国长护险政策的研究多采用定性研究方法,缺乏  
科学的定量评价。其次,对象层面,现有研究虽然  
围绕长护险试点政策实践效果总结了问题并提出  
一些建议,但缺乏对长护险政策质量的研究。最  
后,内容层面,现有研究大多聚焦政策执行、实施  
等过程环节,鲜有文献从政策制定角度对长护险  
政策进行量化评价。本研究从共同富裕的角度运  
用政策文本分析法对我国 2016—2022 年中央和  
第一批试点省份省级政府出台的长护险政策进行  
量化评价,致力于探究我国长护险政策的现存问  
题和优化路径,以期新一轮长护险政策制定与  
优化提供理论参考和实践依据。

## 2 长期护理保险政策量化评价设计

### 2.1 研究设计

研究结合共同富裕背景采用 PMC 指数模型  
构建长护险政策综合评价体系,对 2016—2022 年  
中央和第一批试点省份省级政府出台的长护险政  
策进行量化评价以检验政策实施效果,致力于促  
进长护险配套政策的不断完善,助力共同富裕实  
现。研究框架(图 1)是基于共同富裕背景下的  
PMC 指数模型的量化评价,具体包括:变量选取  
和参数识别、构建多投入产出表、计算 PMC 指  
数和绘制 PMC 曲线图。

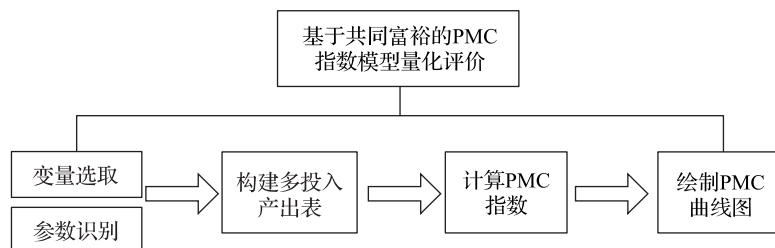


图1 论文研究框架

## 2.2 变量选取与参数识别

将政策文本进行格式转化,过滤掉对研究无意义的关键词,通过关键词提取和语义网络分析,并借助 ROSTCM6.0 软件中的 Net Draw 工具绘制长护险政策的社会网络图谱(图 2)。长护险政策社会网络图谱的高频主题词由节点表示,以网络形式连接,并以箭头指向反映出主题词间的关系,节点连接数越多,表明该节点的中心性越强。根据图谱中的关键词及其关系,可将长护险政策内容分为五个部分:失能评估、资金筹集、服务提供、待遇支付、规范管理。失能评估是确定长护险服务对象及其享受待遇的基础,资金筹集和管理是保障制度运营的基本条件,服务提供是长护险制度设计的重要考量,待遇支付和规范管理涉及长护险支付的条件、范围、对象、标准、结算的方式、流程以及定点护理机构、协议管理、服务项目、人员管理、信息系统管理和监督考核等多个方面,是长护险政策实施的制度保障。

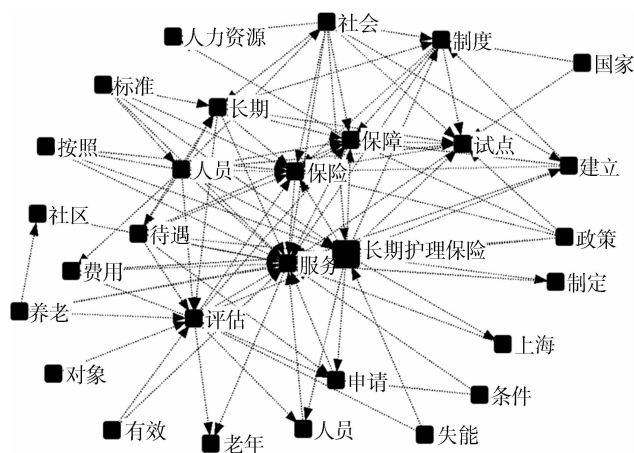


图2 长护险政策社会网络图谱

长护险和共同富裕的关系可以从两方面理解,一方面,长护险体现了以人民为中心的共享发展理念,通过推进优质护理和养老服务,促进基本公共服务体系完善,让不同地区、城乡之间的人民共享改革发展成果,使失能对象不因地区和户籍等差异而被排除在服务范围之外,通过费用补偿机制减轻失能家庭的经济负担,提升失能家庭的抗风险能力,避免其陷入失能返贫的困境。另一方面,长护险是我国经济高质量发展的福利制度设计,通过构建长护险基金池进一步促进我国金融市场的完善,同时制度本身能够促进服务机构培育和护理人员培训,这些专业机构、人才、项目和资金的嵌入在政府、市场与社会互动中带动护理市场的繁荣,推动护理产业的发展,创造大量的就业服务岗位,为实现共同富裕提供了物质基础。<sup>[18]</sup>参照国内外学者相关变量的确立,研究选取了9个一级变量和42个二级变量(表1),二级变量评价标准借鉴张永安等相关学者研究<sup>[19-21]</sup>,首先由长护险政策领域相关专家进行多次讨论,确定评价标准;其次,由两位具有长护险政策研究经验的研究人员进行预评价,并采用 Kappa 系数和评价一致百分比度量两位用户评价的一致性,结果显示超95%的赋值评价通过一致性检验,表明该评价标准信度较高;最后,由两位研究人员独立进行赋值判断,结果均通过一致性检验。

## 2.3 多投入产出表建立

多投入产出表是计算长护险政策 PMC 指数的数据分析框架(表2),研究基于表2中9个一级变量的基础,每个一级变量又包含若干个二级变量,赋予二级变量相同的权重,对变量采取二进制形式的处理,当政策符合变量条件时,值设定为1;若不符合,则为0。

表 1 长护险政策评价指标体系

一级变量	二级变量	二级变量评价标准
X <sub>1</sub> 政策性质	预测(X <sub>1-1</sub> )	政策是否体现长护险覆盖范围逐步扩大、产业发展、人才结构优化等预测和前瞻性内容,是为 1、否为 0
	建议(X <sub>1-2</sub> )	政策是否就长护险发展提出意见或建议,是为 1、否为 0
	反馈(X <sub>1-3</sub> )	政策是否存在相应的问题反馈渠道,是为 1、否为 0。
	监督(X <sub>1-4</sub> )	政策是否存在相应的监督方式,是为 1、否为 0。
	描述(X <sub>1-5</sub> )	政策是否涉及参保范围、筹资、失能评估、待遇保障、基金管理、服务管理、监督考核等细节内容,是为 1、否为 0。
	导向(X <sub>1-6</sub> )	政策是否从覆盖对象、困难群体补贴、筹资渠道、筹资方式、享受范围等角度促进共同富裕实践,是为 1、否为 0。
X <sub>2</sub> 政策时效	长期(X <sub>2-1</sub> )	政策时效是否为 5 年以上,是为 1、否为 0。
	中期(X <sub>2-2</sub> )	政策时效是否为 3~5 年,是为 1、否为 0。
	短期(X <sub>2-3</sub> )	政策时效是否为 1~2 年,是为 1、否为 0。
X <sub>3</sub> 政策级别	法律法规(X <sub>3-1</sub> )	政策是否为法律法规,是为 1、否为 0。
	行政法规(X <sub>3-2</sub> )	政策是否为行政法规,是为 1、否为 0。
	部门规章(X <sub>3-3</sub> )	政策是否为部门规章,是为 1、否为 0。
	规范文件(X <sub>3-4</sub> )	政策是否为规范文件,是为 1、否为 0。
	行业规范(X <sub>3-5</sub> )	政策是否为行业规范,是为 1、否为 0。
X <sub>4</sub> 政策对象	城镇职工(X <sub>4-1</sub> )	政策对象是否为城镇职工医保参保群体,是为 1、否为 0。
	城乡居民(X <sub>4-2</sub> )	政策对象是否为城乡居民医保参保群体,是为 1、否为 0。
	不设限制(X <sub>4-3</sub> )	政策对象是否不设限制,是为 1、否为 0。
X <sub>5</sub> 政策客体	政府(X <sub>5-1</sub> )	政策客体是否涉及政府,是为 1、否为 0。
	保险公司(X <sub>5-2</sub> )	政策客体是否涉及保险公司,是为 1、否为 0。
	公众(X <sub>5-3</sub> )	政策客体是否涉及公众,是为 1、否为 0。
	社区、医院等专业护理机构(X <sub>5-4</sub> )	政策客体是否涉及社区、医院等专业护理机构,是为 1、否为 0。
	社会组织(X <sub>5-5</sub> )	政策客体是否涉及社会组织,是为 1、否为 0。
	第三方评估机构(X <sub>5-6</sub> )	政策客体是否涉及第三方评估机构,是为 1、否为 0。
X <sub>6</sub> 政策内容	失能评估(X <sub>6-1</sub> )	政策内容是否涉及失能评估,是为 1、否为 0。
	资金筹集(X <sub>6-2</sub> )	政策内容是否涉及资金筹集,是为 1、否为 0。
	服务提供(X <sub>6-3</sub> )	政策内容是否涉及服务提供,是为 1、否为 0。
	待遇支付(X <sub>6-4</sub> )	政策内容是否涉及待遇支付,是为 1、否为 0。
	规范管理(X <sub>6-5</sub> )	政策内容是否涉及规范管理,是为 1、否为 0。
X <sub>7</sub> 激励约束	财政投入(X <sub>7-1</sub> )	政策包含财政方面的投入或补贴,是为 1、否为 0。
	法律保障(X <sub>7-2</sub> )	政策是否包括法律或制度方面的保障,是为 1、否为 0。
	人才培养(X <sub>7-3</sub> )	政策是否包括护理人才的培养,是为 1、否为 0。
	政府购买(X <sub>7-4</sub> )	政策是否包括政府购买服务,是为 1、否为 0。
	信息支持(X <sub>7-5</sub> )	政策是否包括信息等技术方面的支持,是为 1、否为 0。
	监督考核(X <sub>7-6</sub> )	政策是否包括监督和考核等措施,是为 1、否为 0。
X <sub>8</sub> 政策功能	宏观设计(X <sub>8-1</sub> )	政策功能是否从宏观或整体的角度出发进行制度设计,是为 1、否为 0。
	鼓励激励(X <sub>8-2</sub> )	判断政策功能是否包含鼓励激励等促进长护险发展的相应措施,是为 1、否为 0。
	规范引导(X <sub>8-3</sub> )	判断政策功能是否涉及制度细则如失能评估、待遇支付等内容规范,是为 1、否为 0。
	制度完善(X <sub>8-4</sub> )	判断政策功能是否涉及长护险制度完善或改进等内容,是为 1、否为 0。
X <sub>9</sub> 政策评价	依据充分(X <sub>9-1</sub> )	政策是否具有充分的依据,如国家法律法规、中央文件等,是为 1、否为 0。
	目标明确(X <sub>9-2</sub> )	政策是否具有明确的目标,如贯彻以人民为中心发展思想、制度完善、健全保障机制和共同富裕等,是为 1、否为 0。
	规划详实(X <sub>9-3</sub> )	政策规划是否详实如涉及失能等级评估管理、委托经办机构管理、定点和协议护理服务机构管理等内容,是为 1、否为 0。
	细则完善(X <sub>9-4</sub> )	政策方案在涉及参保范围、筹资、失能评估、待遇保障、基金管理、服务管理、监督考核等细节方面是否完善,是为 1、否为 0。

表2 长护险政策多投入产出表

一级变量	二级变量
$X_1$	$X_{1-1}, X_{1-2}, X_{1-3}, X_{1-4}, X_{1-5}, X_{1-6}$
$X_2$	$X_{2-1}, X_{2-2}, X_{2-3}$
$X_3$	$X_{3-1}, X_{3-2}, X_{3-3}, X_{3-4}, X_{3-5}$
$X_4$	$X_{4-1}, X_{4-2}, X_{4-3}$
$X_5$	$X_{5-1}, X_{5-2}, X_{5-3}, X_{5-4}, X_{5-5}, X_{5-6}$
$X_6$	$X_{6-1}, X_{6-2}, X_{6-3}, X_{6-4}, X_{6-5}$
$X_7$	$X_{7-1}, X_{7-2}, X_{7-3}, X_{7-4}, X_{7-5}, X_{7-6}$
$X_8$	$X_{8-1}, X_{8-2}, X_{8-3}, X_{8-4}$
$X_9$	$X_{9-1}, X_{9-2}, X_{9-3}, X_{9-4}$

2.4 PMC 指数计算

长护险政策 PMC 指数的计算遵循以下步骤:首先将研究所构建的9个一级变量和42个二级变量放入多投入产出表中;其次,通过文本分析对二级变量进行二进制赋值,见公式(1)和(2);再次,通过对二级变量指数求和得出所对应一级变量数值,见公式(3);最后,将9个一级变量数值加总计算待考察政策 PMC 指数,见公式(4)<sup>[22]</sup>。

$$X \sim N[0, 1] \quad (1)$$

$$X = \{X_R: [0 \sim 1]\} \quad (2)$$

$$X_i = \left( \sum_{j=1}^n \frac{X_{ij}}{n} \right) \quad (3)$$

$$PMC = X_1 \left( \sum_{j=1}^6 \frac{X_{1j}}{6} \right) + X_2 \left( \sum_{j=1}^3 \frac{X_{2j}}{3} \right) + X_3 \left( \sum_{j=1}^5 \frac{X_{3j}}{5} \right) + X_4 \left( \sum_{j=1}^3 \frac{X_{4j}}{3} \right) + X_5 \left( \sum_{j=1}^6 \frac{X_{5j}}{6} \right) + X_6 \left( \sum_{j=1}^5 \frac{X_{6j}}{5} \right) + X_7 \left( \sum_{j=1}^6 \frac{X_{7j}}{6} \right) + X_8 \left( \sum_{j=1}^4 \frac{X_{8j}}{4} \right) + X_9 \left( \sum_{j=1}^4 \frac{X_{9j}}{4} \right) \quad (4)$$

式(4)中*i*为一级变量,*i* = 1,2,3,...*n*,*j*为二级变量。

为凸显政策在多维坐标系中的不足,探寻长护险政策的优化路径,研究引入政策凹陷指数,计算详见式(5),PMC 指数和政策凹陷指数的评价标准见表3。

$$\text{政策凹陷指数} = 10 - PMC \quad (5)$$

表3 PMC 和政策凹陷指数评价标准

PMC 指数	评价	政策凹陷指数	评价
8.00 ~ 9.00	优秀	1.00 ~ 2.00	低凹陷
6.00 ~ 7.99	良好	2.01 ~ 4.00	中凹陷
4.00 ~ 5.99	可接受	4.01 ~ 6.00	可接受凹陷水平
0.00 ~ 3.99	不良	6.01 ~ 10.00	不可接受凹陷水平

2.5 PMC 曲面图绘制

PMC 曲面图是由 PMC 指数一级变量具体数值转化的 3 \* 3 矩阵,由曲面图可以更清楚立体地呈现政策的短板和不足,并通过二级指标确定政策进一步优化路径,PMC 曲面的计算见式(6)。

$$PMC \text{ 曲面} = \begin{bmatrix} X_1 & X_2 & X_3 \\ X_4 & X_5 & X_6 \\ X_7 & X_8 & X_9 \end{bmatrix} \quad (6)$$

3 长期护理保险政策评价的实证分析

3.1 政策对象选取

研究对象选取 2016—2022 年中央、第一批试点地区省级部门的政策文件,为保证政策文本的研究效力,本研究所采取的政策文本均为省级及以上的规范性文件。政策文本选择遵循以下步骤:首先,以“长期护理保险”和“长护险”为关键词在 CNKI 文献检索的“政府文本”模块中进行检索;其次在北大法宝数据库进行补充检索;最后在国务院及其下属各部门和地方政府官方网站进行搜索,力求做到 2016—2022 年我国第一批试点城市长护险政策的全覆盖。为提高文章研究的可信度,本文筛选并剔除了弱相关的政策文本,如名单通告、重复政策、人员公示、项目采购、提案答复、行业协会等,最终筛选出具有分析价值的政策文本共 36 份(表4)<sup>[23-24]</sup>。

表4 长护险政策文本示例

序号	政策名称	发文时间	发文部门
1	关于印发《长期护理失能等级评估标准(试行)》的通知	2021年7月	国家医保局办公室、民政部办公厅
2	关于规范保险公司参与长期护理保险制度试点服务的通知	2021年5月	中国银保监会办公厅
3	关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见	2020年9月	国家医疗保障局、财政部
4	关于开展长期护理保险制度试点的指导意见	2016年6月	人力资源社会保障部办公厅
...	...	...	...
36	关于明确养老服务机构开展长期护理保险服务有关事项的通知	2016年12月	上海市民政局

数据来源:人力资源和社会保障部、财政部、国家医保局等机构官网和北大法宝、法意数据库等。

3.2 PMC 指数操作

首先,对表1的二级变量进行二进制赋值,形

成长护险单项政策的多投入产出表<sup>①</sup>;其次,根据公式(3)、(4)和(5),分别计算各项政策的 PMC

① 由于篇幅原因不再进行展示,若有需求可自行联系本文作者。

指数和政策凹陷指数,并依据表 3,对每项政策进行不同等级的评价划分,具体结果见表 5;最后,根据 PMC 指数构建不同等级的长护险政策 PMC

曲面图(图 3~图 7)。<sup>[25-26]</sup>其中,纵坐标表示 PMC 指标的具体数值,平面坐标分别对应  $X_1 - X_9$  的不同维度。

表 5 36 项长护险政策 PMC 指数汇总表

政策编码	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	PMC	凹陷指数	排名	等级
$P_1$	0.83	1.00	0.60	1.00	0.66	0.40	0.17	0.75	1.00	6.41	3.59	15	良好
$P_2$	1.00	1.00	0.60	1.00	0.66	0.60	0.66	1.00	0.25	6.77	3.23	10	良好
$P_3$	1.00	1.00	0.60	1.00	0.66	1.00	0.83	1.00	0.75	7.84	2.16	3	良好
$P_4$	0.83	1.00	0.40	1.00	0.83	1.00	0.66	0.75	0.75	7.22	2.78	8	良好
$P_5$	0.66	1.00	0.20	0.00	0.17	0.20	0.33	0.25	0.25	3.06	6.94	34	不良
$P_6$	1.00	1.00	0.20	1.00	0.50	1.00	0.33	0.75	0.50	6.28	3.72	20	良好
$P_7$	1.00	0.33	0.40	1.00	0.83	0.80	0.66	0.50	1.00	6.52	3.48	13	良好
$P_8$	1.00	1.00	0.40	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	8.40	1.60	1	优秀
$P_9$	1.00	1.00	0.20	1.00	0.50	1.00	0.66	1.00	1.00	7.36	2.64	7	良好
$P_{10}$	1.00	1.00	0.40	1.00	0.50	0.60	0.66	0.50	1.00	6.66	3.34	12	良好
$P_{11}$	1.00	1.00	0.20	1.00	0.50	0.80	0.33	0.50	1.00	6.33	3.67	18	良好
$P_{12}$	1.00	1.00	0.20	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.75	7.95	2.05	2	良好
$P_{13}$	0.17	0.33	0.20	0.33	0.33	0.20	0.17	0.50	0.75	2.98	7.02	35	不良
$P_{14}$	0.66	1.00	0.40	0.33	0.50	0.60	0.17	0.50	0.75	4.91	5.09	33	可接受
$P_{15}$	0.66	1.00	0.40	0.33	0.66	0.40	0.00	0.50	1.00	4.95	5.05	31	可接受
$P_{16}$	1.00	1.00	0.40	0.33	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	7.73	2.27	4	良好
$P_{17}$	0.83	1.00	0.40	0.33	0.66	0.40	0.83	0.50	1.00	5.95	4.05	24	可接受
$P_{18}$	1.00	1.00	0.40	0.33	0.66	0.60	0.83	0.50	1.00	6.32	3.68	19	良好
$P_{19}$	1.00	0.33	0.20	1.00	0.33	0.80	0.83	0.75	0.75	5.99	4.01	23	可接受
$P_{20}$	1.00	1.00	0.20	0.33	1.00	0.80	1.00	1.00	0.75	7.08	2.92	9	良好
$P_{21}$	1.00	0.33	0.20	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	7.53	2.47	6	良好
$P_{22}$	0.83	1.00	0.20	1.00	0.33	0.60	0.33	0.50	0.75	5.54	4.46	28	可接受
$P_{23}$	1.00	0.33	0.40	1.00	0.66	0.60	0.66	0.75	1.00	6.40	3.60	16	良好
$P_{24}$	1.00	0.33	0.40	1.00	0.50	0.80	0.66	0.50	1.00	6.19	3.81	21	良好
$P_{25}$	0.66	0.33	0.20	1.00	0.66	0.80	0.50	0.75	0.50	5.40	4.60	30	可接受
$P_{26}$	0.66	1.00	0.20	0.00	0.17	0.20	0.00	0.50	0.25	2.98	7.02	35	不良
$P_{27}$	1.00	0.33	0.40	1.00	0.66	0.60	0.66	0.75	1.00	6.40	3.60	16	良好
$P_{28}$	1.00	0.33	0.40	1.00	0.66	0.80	0.66	0.75	1.00	6.60	3.40	13	良好
$P_{29}$	0.50	0.33	0.40	1.00	0.33	0.80	0.33	0.75	0.50	4.94	5.06	32	可接受
$P_{30}$	0.66	1.00	0.20	1.00	0.66	0.80	0.33	0.50	0.50	5.65	4.35	27	可接受
$P_{31}$	1.00	0.33	0.40	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	7.73	2.27	4	良好
$P_{32}$	0.66	0.33	0.40	1.00	0.66	0.80	0.33	0.50	1.00	5.68	4.32	26	可接受
$P_{33}$	0.50	0.33	0.20	1.00	0.66	1.00	0.33	0.50	1.00	5.52	4.48	29	可接受
$P_{34}$	0.66	0.33	0.20	1.00	0.66	0.80	0.33	0.75	1.00	5.73	4.27	25	可接受
$P_{35}$	1.00	0.33	0.40	1.00	0.50	0.40	0.66	0.75	1.00	6.04	3.96	22	良好
$P_{36}$	0.66	1.00	0.40	1.00	0.66	0.80	0.50	0.75	1.00	6.77	3.23	10	良好
平均值	0.85	0.72	0.33	0.81	0.63	0.72	0.57	0.70	0.83	6.16	3.84	—	良好

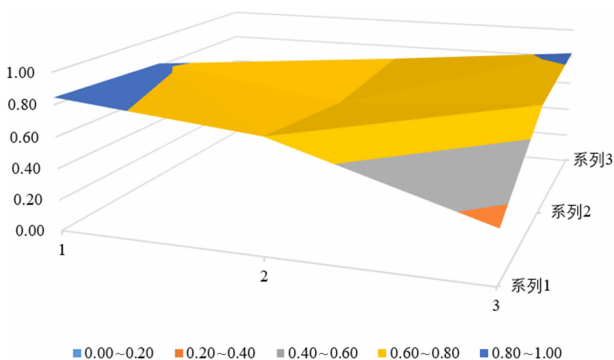


图 3 36 项政策的 PMC 曲面图

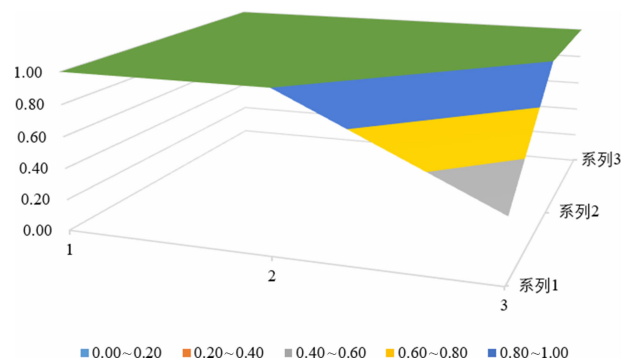


图 4 优秀级政策 PMC 曲面图

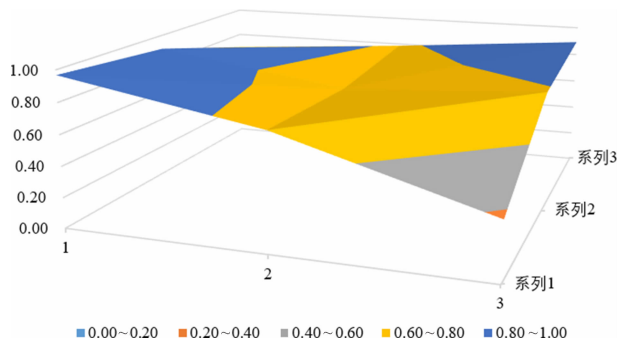


图5 良好级政策的 PMC 曲面图

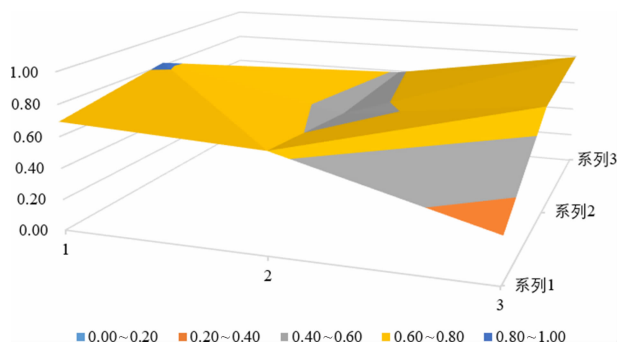


图6 可接受级政策 PMC 曲面图

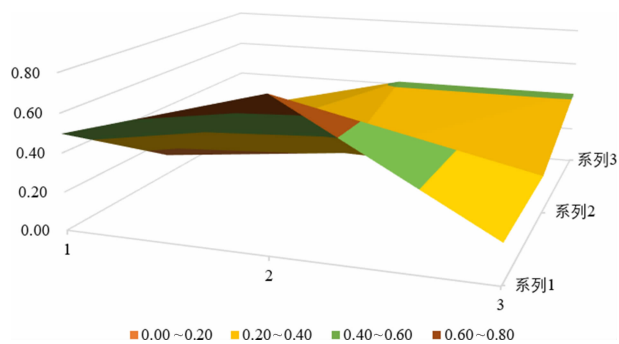


图7 不良级政策的 PMC 曲面图

据表5可知,2016—2022年我国36项长护险政策中优秀级政策1项、良好级政策21项、可接受级政策11项、不良级政策3项。总体上看,近年来国家和地方出台的长护险相关政策绝大部分能够促进长护险制度的建立和完善,起到了积极的正向作用,但不同等级政策的存在以及同一等级政策中不同维度的高低也反映出政策中仍存在问题需要进一步完善。

### 3.2.1 均值分析

由表5可知,36项长护险政策的PMC指数均值为6.16,政策评级为良好,政策凹陷指数为3.84,达到可接受凹陷水平。整体来看, $X_1$ 的PMC指数均值为0.85,整体分数较高,表明长护险政策具有较好的预测、建议、反馈、监督、描述和导向作用; $X_2$ 的PMC指数均值为0.72,表明政策时效大多是长期,为实现

共同富裕的实现提供政策上的连续性; $X_3$ 的PMC指数均值为0.33,表明当前长护险政策级别相对较低,缺乏法律法规、行政法规和部门规章的支持,而相较于德国和日本等已经建立起相应长护险法律体系的国家,我国的长护险的法律法规支持体系还相对薄弱; $X_4$ 的PMC指数均值为0.81,数值虽然较高,但我国仍有较多城市参保对象未覆盖城乡居民医保参保群体,通过进一步研究发现试点地区农村覆盖率相对较低,长护险发展城乡不平衡问题日益突出,一定程度上阻碍了共同富裕实现; $X_5$ 的PMC指数均值为0.63,政策客体中大多涉及政府、公众、社区、医院专业护理机构的几个主体,从多主体的角度为长护险制度建设提供政策、资金和服务等基本发展需要,促进长护险制度的稳步推进,但政策中各主体之间缺乏深度互动和合作,尚未形成网络化合作体系; $X_6$ 的PMC指数均值为0.72,政策在失能评估和资金筹集等方面均有一定涉及,但在筹资方面仍然过度依赖医保基金和财政补贴,个人缴费责任体现不明显,制度细节方面也仍然需要进一步细化; $X_7$ 的PMC指数均值为0.57,表明政策中关于财政投入、人才培养、信息支持和监督考核的内容相对不足,尤其是政策中较少涉及农村地区长护险能力建设,农村专业护理服务机构及专业护理人员等资源匮乏,不利于共同富裕下长护险制度的均衡发展; $X_8$ 、 $X_9$ 的PMC指数均值分别为0.70和0.83,表明政策体现出了规范引导和制度完善的部分,基本上依据充分和目标明确,但研究也发现宏观设计和鼓励激励措施较少,在规划详实和细则完善上还需要继续努力。

### 3.2.2 不同等级长护险政策分析

1项优秀级政策为 $P_8$ ,其PMC指数均为8.40,凹陷指数为1.60,达到低凹陷水平,排名36项政策中的第1位,表明其在长护险政策的各个领域具有明显回应,且功能全面,短板较少,能够有效促进长护险制度的完善。变量相较于其他变量数值较低,表明未来应进一步提升长护险政策的级别效力,发挥多部门协同合作的优势。进一步分析, $P_8$ 政策文件内容全面充实,目标任务明确,对于长护险的各个环节如参保对象、筹资渠道、待遇支付、管理服务等有着较为详细的规定,符合实际情况,同时对于政策之间的衔接、工作机制和政策宣传有着明晰规定,值得一提的是在参保对象方面对于灵活就业人群和困难群体也有相应的政策,可见政策覆盖具有广泛性。

21 项良好级政策的 PMC 指数在 6.04 ~ 7.95 之间,政策凹陷指数最高为 3.96,最低为 2.05,表明总体上政策质量较好。通过分析各个维度变量, $X_1$ — $X_9$  变量的 PMC 均值分别为 0.97、0.74、0.37、0.90、0.71、0.79、0.69、0.79 和 0.89,结合图 5 可知,除了数值较低的  $X_3$  变量外, $X_7$  变量的值未超过 0.70,在曲面图中表现为轻度凹陷,这也是未来政策优化的方向,长护险需要多渠道筹资以扩充基金来源,促进我国金融市场的完善,同时加强护理服务机构培育和护理人员培训,通过专业机构、人才、项目和资金嵌入规范科学的运行网络,盘活各类资源,有效促进护理服务资源供给的专业化能力。21 项良好级政策中有 4 项是国家部委出台的政策,包含人社部、医保局、财政部等出台的长护险试点和扩大试点的指导意见以及后续为规范失能评估出台的失能等级评估标准,剩余的文件均是在中央文件的规划指导下出台的,对长护险各个方面进行了较全面的探讨和回应,为地方政策的出台指明了方向。目前中央长护险政策多是部门规章,缺少法律和行政法规的保障,政策效力有待进一步提升,未来良好级政策的优化方向主要在于提升政策发布效力、优化政策客体的针对性、丰富政策功能并且充分发挥政策的激励保障作用。

11 项可接受级政策的 PMC 指数在 4.91 ~ 5.99 之间,表明总体上政策质量是可接受的。通过分析各个维度变量, $X_1$ — $X_9$  变量 PMC 均值分别为 0.69、0.63、0.29、0.82、0.56、0.71、0.39、0.59 和 0.80,结合图 6 可知, $X_3$ 、 $X_5$  和  $X_7$  变量在曲面图中凹陷程度较为严重,表明这些变量及其二级变量所代表的政策内外部特征需要进一步补足, $X_3$  是政策发文级别和政策发文部分,属于政策外部特征,未来应进一步调整政策外部特征,促进其效力级别更高; $X_5$  和  $X_7$  是政策作用对象和政策激励约束的具体功能,由图 6 曲面图的凹陷程度表明这些长护险政策需要进一步发挥激励性工具的作用,大力培育护理服务产业,增加护理机构数量,创造就业服务岗位,填补护理服务和人才培养方面的不足,促进护理市场的繁荣,补足农村长护险能力短板,促进长护险朝着共同富裕的方向前进。

3 项不良级政策分别为  $P_5$ 、 $P_{13}$ 、 $P_{26}$ ,其 PMC 指数分别为 3.06、2.98 和 2.98,为不可接受的水平,政策凹陷指数分别为 6.94、7.02 和 7.02,亦达到不可接

受的凹陷水平。其中, $P_5$  和  $P_{26}$  分别为转发中央文件的工作文件和延长试点的工作文件,政策没有实质性具体内容,故 PMC 指数较低; $P_{13}$  为长护险缴费的工作文件,仅对个人缴费作出规定,故 PMC 指数在各个变量维度比较低。

## 4 结论与建议

本文基于共同富裕的视角,基于 PMC 指数模型采用政策文本量化方法构建长期护理保险政策综合评价体系,对 2016—2022 年中央和第一批试点地区省级政府出台的 36 项长护险政策进行量化评价。研究发现,总体上看国家和地方出台的相关政策能够促进长护险制度的建立和完善,但目前相关法律支持体系仍不完善,政策效力不足;资金筹集方面,医保基金依赖程度较高,个人缴费责任仍需进一步提升,筹资分担比例不尽合理;同时长护险覆盖面不足,农村地区基本公共服务体系不完善等因素阻碍了制度发展,具体表现为专业护理机构缺乏和专业护理人员不足等,未来应在长期护理保险政策评估、资金可持续发展和农村地区长期护理能力建设等方面进一步探索,以构建高质量发展的长护险制度。

### 4.1 加强长护险政策顶层设计,尽快出台相应法律法规,完善地方长护险政策实施细则

当前我国中央层面出台的政策较少,缺乏统一的顶层设计,地方政府在试点时具有较高的灵活性,试点实践也反映出各地政策试点具有较大的差异性,不利于长护险制度日后的统一管理,未来应着力建立可操作性强的全国性长期护理保险实施方案,尽早出台国家层面的规范文件,从多方面完善长护险制度设计。目前,全国 49 个城市开展试点,各地探索总结了不同的实践经验为出台全国统一的长护险政策奠定基础,未来应发挥顶层设计的重要作用,建立一套制度统一、筹资合理、内容规范、城乡统筹的全国长护险政策法规体系,地方政府应根据中央出台的政策不断完善政策体系规范和实施细则,以筹资机制和服务优化为发力点,大力发展长护险服务市场,不断优化制度细节设计,提升政策效力和可执行性,规范制度运行,并逐步实现国家标准统一。

### 4.2 发挥激励型政策工具作用,促进长护险市场发展,满足群众多样化长期护理需求

应发挥激励型政策工具如服务外包、推广宣



传、社会参与、领导推动、基础设施和人才供给的作用,积极将专业护理机构引入长护险政策实践,开展医养结合模式的探索,促进长期护理服务产业发展。相关部门应加大政策宣传力度,提供舆论的正向引导,调动参保人的积极性和主动性,同时引导社会力量、社会组织和社会资本有序进入长护险市场,给予其多方面优惠政策,并建立激励和约束机制以促进长护险的可持续发展。政府部门应该发挥指挥、协调、督导、激励和整合作用,加大基础设施投入,完善长护险从业人员培养机制,促进长护险可持续发展,充分发挥“互联网+”和大数据在长护险服务中的重要作用,做到精准化和智慧化护理。

#### 4.3 促进长护险基金筹资多元化,建立完善基金监管机制,提升可持续发展能力

收入方面,应发挥市场作用,广泛扩大资金筹集来源,通过个人、政府补贴、慈善机构等渠道进行资金筹集,尤其应注重个人的缴费筹资责任,积极进行长护险基金的合理投资,做到风险可控的情况下扩大长护险资金池;支出方面,应合理做好长护险基金的收支预算,严格实行以收定支,做到基金略有结余,同时建立完善长护险的基金监管机制,严厉打击骗保等违法行为,以保障基金用到实处,提升可持续发展能力。

#### 4.4 促进参保对象覆盖城乡居民医保参保群体,推进农村长护险服务能力体系建设

应以共同富裕为导向,扩大长护险的覆盖面,逐步实现城乡全覆盖,在农村地区开展长护险的政策宣传,让更多农村居民了解、认同并逐步参与长护险,同时进一步结合乡村振兴战略,完善农村地区的医疗保障和护理基础设施,促进农村地区医养结合的开展与探索,尽可能让更多的地区和人口受益。此外,政府应出台更多针对农村地区的长护险能力建设财政补贴政策,积极探索建立专业护理服务机构,提升护理服务能力。同时,引导专业机构服务向农村社区和家庭延伸,鼓励更多慈善组织和农村地区的部分人员参与到长护险领域中,为农村地区提供更多就业机会和岗位,促进乡村乡风建设的同时亦有助于促进共同富裕。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

#### 参 考 文 献

- [1] 景跃军, 李元. 中国失能老年人构成及长期护理需求分析[J]. 人口学刊, 2014, 36(2): 55-63.
- [2] 曹信邦, 陈强. 中国长期护理保险需求影响因素分析[J]. 中国人口科学, 2014(4): 102-109, 128.
- [3] 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(2): 72-81.
- [4] 韩振燕, 梁誉. 关于构建我国老年长期护理保险制度的研究: 必要性、经验、效应、设想[J]. 东南大学学报(哲学社会科学版), 2012, 14(3): 38-42, 126-127.
- [5] 吕国营, 韩丽. 中国长期护理保险的制度选择[J]. 财政研究, 2014(8): 69-71.
- [6] 赵曼, 韩丽. 长期护理保险制度的选择: 一个研究综述[J]. 中国人口科学, 2015(01): 97-105, 128.
- [7] 曹信邦. 中国长期护理保险制度构建的理论逻辑和现实路径[J]. 社会保障评论, 2018, 2(4): 75-84.
- [8] 盛和泰. 我国长期护理保险体系建设的运营模式选择[J]. 保险研究, 2012(9): 46-50.
- [9] 周加艳, 沈勤. 日本长期护理保险 2005—2017 年改革述评与启示[J]. 社会保障研究, 2017(4): 101-112.
- [10] 胡宏伟, 李佳悒, 栾文敬. 美国长期护理保险体系: 发端、架构、问题与启示[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版), 2015, 45(5): 163-174.
- [11] 郝君富, 李心愉. 德国长期护理保险: 制度设计、经济影响与启示[J]. 人口学刊, 2014, 36(2): 104-112.
- [12] 荆涛, 杨舒, 谢桃方. 政策性长期护理保险定价研究: 以北京市为例[J]. 保险研究, 2016(9): 74-88.
- [13] 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(8): 13-17.
- [14] 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(4): 84-92.
- [15] 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(2): 97-103.
- [16] 李运华, 姜腊. 地方长期护理保险试点政策分析: 基于政策工具视角[J]. 云南民族大学学报(哲学社会科学版), 2022, 39(1): 122-133.
- [17] 王啸宇, 张欢. 长护险制度设计评价与运行效果研究[J]. 公共行政评论, 2021, 14(5): 81-100, 198.
- [18] 黄新华. 在推动共同富裕与创造高品质生活中拓展丰富“晋江经验”: 福建省晋江市长期护理保险制度试点的做法、成效与经验[J]. 中共福建省委党校(福建行政学院)学报, 2022, 486(4): 106-115.

- [19] 张永安, 耿喆. 我国区域科技创新政策的量化评价: 基于 PMC 指数模型[J]. 科技管理研究, 2015, 35(14): 26-31.
- [20] 张永安, 周怡园. 新能源汽车补贴政策工具挖掘及量化评价[J]. 中国人口·资源与环境, 2017, 27(10): 188-197.
- [21] 胡扬名, 刘鲜梅, 宫仁贵. 中国智慧养老产业政策量化研究: 基于三维分析框架视角[J]. 北京航空航天大学学报(社会科学版), 2023, 36(2): 67-77.
- [22] 宋禹均, 信小涛, 高举. 共有产权住房政策量化评价与改进研究[J]. 经济研究导刊, 2022(2): 36-40.
- [23] 周嘉鑫. 政策工具视角下主体功能区自然资源政策比较分析: 基于中央层面政策文本分析[J]. 领导科学论坛, 2021(10): 21-31.
- [24] 代懋. 长期护理制度的发展模式探析: 以荷兰、北欧和英国为例[J]. 北京航空航天大学学报(社会科学版), 2021, 34(4): 58-66.
- [25] 周海炜, 陈青青. 大数据发展政策的量化评价及优化路径探究: 基于 PMC 指数模型[J]. 管理现代化, 2020, 40(4): 74-78.
- [26] 朱震, 卢春天. “十三五”以来我国单项碳减排政策量化评价与优化研究[J]. 软科学, 2022, 36(11): 1-8, 14.
- [收稿日期:2023-04-03 修回日期:2023-06-06]  
(编辑 刘博)

## 世卫组织和全球基金宣布关于加强合作的承诺

2023 年 6 月 8 日, 世界卫生组织(世卫组织)和全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金(全球基金)签署了经修订的新《战略合作框架》, 旨在建立更强大、更有韧性的卫生系统, 并最大限度开展合作和实现影响, 以支持国家、区域和全球应对主要传染病。

新的五年框架以 2018 年签署的前一版协议为基础, 并与《2023—2028 年全球基金战略》和世卫组织《工作总规划》保持一致, 将社区置于卫生应对工作的中心, 并要开展大流行防范和应对气候变化带来的挑战。该框架适合更广泛的合作平台, 以加速支持各国实现与卫生相关的可持续发展目标, 包括全民健康覆盖。

世卫组织总干事谭德塞博士说:“由于全球卫生预算紧张且面临压力, 我们两个组织必须继续团结合作, 支持各国扩大提供针对这三种疾病的服务, 作为努力实现全民健康覆盖的一部分。鉴于目前在终止艾滋病、结核病和疟疾流行方面进展缓慢, 加上新出现的卫生挑战, 世卫组织与全球基金现在比以往任何时候都更需要加强合作。”

新的《战略合作框架》秉承世卫组织和全球基金

为各国服务的共同使命和承诺, 将进一步加强和扩大合作。

全球基金执行主任彼得·桑兹说:“在世界受到从冲突到气候变化等错综复杂的危机困扰之际, 全球基金与世卫组织之间的伙伴关系比以往任何时候都更加重要。危机对全球体系造成冲击并使成果倒退, 而世界最脆弱的人群首当其冲。我们这样的组织必须与各国政府和其他值得信赖的伙伴密切合作, 加强由地方和社区驱动的卫生系统方能发挥最大作用。”

过去几年的持续合作为在国家一级取得重大成就作出了贡献, 但各国仍有许多工作要做, 以便加快终止艾滋病、结核病和疟疾流行的进程, 并建立能够应对未来突发事件的强大卫生系统。

通过这一新框架, 世卫组织和全球基金将在 35 个合作领域发挥各自的相对优势, 这些合作领域分为四类: 1. 卫生政策和规范指导; 2. 宣传和卫生治理; 3. 卫生产品和创新; 4. 技术支持和能力建设。

(摘编自世界卫生组织网站)