

长期护理保险对居家社区护理需求的规范与引导：国际经验及启示

王馨慧^{1*} 孙晨晗¹ 刘 稳² 胡 敏¹

1. 复旦大学公共卫生学院 上海 200030

2. 浙江中医药大学人文与管理学院 浙江杭州 310053

【摘要】为贯彻“以人为中心”的服务理念、增强长护服务体系的可持续性,世界各国纷纷在配置使用公共长护资金时,有侧重地进行待遇设计,以规范、引导长期护理需求,发展居家社区护理。本文基于服务购买理论,将典型国家的长期护理保障待遇模式总结为“机构待遇资格限定型”与“居家待遇水平倾斜型”两类,并介绍了其待遇设计。我国长期护理保险正处于起步阶段,应通过公共保险购买机制优化服务利用结构、引导资源合理配置,有机结合待遇资格限定、差异化待遇水平、额外支持等多元待遇设计,建立健全以居家为基础、社区为依托的多层次长护服务体系。

【关键词】服务购买;长期护理服务;长期护理保险;居家社区护理

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.01.009

The regulation and guidance of long-term care insurance to the demands of home and community-based care: International experiences and implications

WANG Xin-hui¹, SUN Chen-han¹, LIU Wen², HU Min¹

1. School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200030, China

2. School of Humanities and Management, Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou Zhejiang 310053, China

【Abstract】In order to implement a “people-centered” service concept and promote the sustainability of long-term care systems, countries worldwide are increasingly focusing on benefit package design when allocating and using public long-term care funds. This emphasis is aimed at regulating and guiding long-term care demand and developing home and community-based care. Based on the purchasing theory, this study categorized the long-term care benefit package models in representative countries into two types: “Institutional Eligibility Restrictions Type” and “Home-care-focused Benefit Type”, and further elaborated the specific benefit package design. In China, long-term care insurance are still in the initial stages of development. We should optimize the service utilization structure and promote a rational allocation of resources through purchasing, while incorporating diverse benefit designs such as eligibility restrictions, differential benefit levels, and supplementary support, to establish a robust, multi-tiered long-term care system based on home and community-based care.

【Key words】Service purchasing; Long-term care service; Long-term care insurance; Home and community-based care

2050 年,世界范围内 60 岁以上人口比例将从 2015 年的 12% 增至 22%。^[1]在全球老龄化背景下,各国相继建立长期护理(以下简称“长护”)服务体系

及配套保障制度。我国老龄化问题同样严峻,截至 2021 年,我国 60 岁及以上人口达 2.6 亿,占全国人口总量的 18.70%^[2],为应对老龄化程度的不断加

* 基金项目:教育部人文社会科学项目(18YJC630048);泰康溢彩公共卫生及流行病防治专项基金

作者简介:王馨慧(1999 年一),女,硕士研究生,主要研究方向为卫生经济学与医疗保障。E-mail:xinhuiwang21@m.fudan.edu.cn

通讯作者:胡敏。E-mail:humin@fudan.edu.cn

深,我国也逐步开展长护服务体系建设和探索,并于2016年开展了长期护理保险(以下简称“长护险”)制度试点,之后进一步扩大了试点范围,旨在构建适合我国国情的长护险制度政策框架,协同推进长护服务体系建设和发展。

根据不同的服务提供场所,长护服务可分为居家护理、社区护理及机构护理三类形式,居家护理和社区护理通常合称为居家社区护理(home and community-based care)被同时提及。^[3] WHO指出,居家社区护理应成为长护服务体系的中心和优先发展的部分。^[4]自20世纪90年代起,迫于长护服务的财政压力以及对失能群体居家社区护理偏好的考量,世界经济合作与发展组织(OECD)国家的长护服务体系逐步从以机构为中心转向以居家社区为中心^[5-6],目前,OECD国家约70%的长护服务使用者主要接受居家社区护理^[5],2009—2019年,北欧国家65岁及以上人口每千人口机构长期护理床位数减少了14张以上。^[7]在此转变过程中,各国的长期护理公共筹资(financing)与保障制度(即长护险制度)均发挥着重要的作用。

人力资源社会保障部办公厅《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》(人社厅发〔2016〕8号)指出,要“利用保险机制调节护理需求和服务供给资源配置,引导保障对象优先利用居家和社区护理服务、鼓励机构服务向社区和家庭延伸”。^[8]我国长护服务体系发展虽处于起步阶段,但已明确了以居家社区护理为中心的导向,应进一步吸取长护体系已较为成熟的国家落实和强化这一导向的经验教训。因此,本文通过梳理国际上长护保障制度发展中的相关政策实践,总结出典型国家通过长护险制度来规范和引导居家社区护理需求的主要模式及措施,从而为我国健全长期护理保险制度,完善从居家、社区到专业机构的长护服务体系提供参考借鉴。

1 “以居家社区为中心”理念的提出背景与实现路径

1.1 提出背景

在长护体系发展早期,许多国家对居家护理、社区护理和机构护理这三种服务形式给予了相当的重视。然而,部分国家更倾向于发展机构护理,导致机构护理的发展超过了居家社区护理^[5-6],久而久之,长护支出尤其是机构护理支出激增。研究显示,2016—2070年欧洲各国长护总费用及公共支出

(public spending)预计将增长70%^[6],长护支出占GDP比重达到2%~3%,且长护支出大部分花费在机构护理上。^[9]相较于机构护理,居家与社区护理价格更低、更具成本效益。^[10]因此,为遏制长护支出的高速增长,确保长护体系的可持续发展,各国纷纷将长护服务发展重心转向居家社区护理。

此外,研究也表明居家社区护理有助于提升被护理者的生命质量,在一定程度上可以作为机构护理的替代选择,且相较于机构护理更符合老人的偏好及需求。^[11] WHO提出,以病人为中心和反应性(responsiveness)是高质量长期护理的关键。因此,提倡“以居家社区为中心”也是贯彻落实“以人民为中心”思想的重要举措。

1.2 实现路径

国际上通常通过购买机制对“以居家社区为中心”予以实现。购买(purchasing)是卫生筹资的核心子功能之一,在长护领域中体现为将筹集到的公共资金(funds)配置给长护服务提供方以获得长护服务的过程^[12],WHO将其定义为需方准入(为谁购买)、待遇界定(购买什么)、供方准入(向谁购买)、供方支付(如何购买)等职能,上述各方面的具体设计将对服务体系产生重要影响。理论上,通过积极的购买策略对上述各职能及其组合进行有针对性地调整,对供需双方进行激励与约束,可以有效促进居家社区护理发展,降低服务购买成本,提高资金使用效率。^[12]

针对服务供给侧,根据购买目标调整准入、支付等方面的购买决策可激励约束供方行为。根据不同供方,居家社区护理可分为由专业机构及专业护理人员提供的正式护理,以及由亲朋好友、邻居或其他非专业护理人员提供的非正式护理。^[3]针对正式护理供方,放宽准入限制、提高支付水平等措施可促进其服务供给,而对非正式护理人员提供经济补贴可增加相应的服务供给。

针对服务需求侧,待遇政策设计尤为重要,体现为服务购买方在既定预算内为需方购买的服务及其需要承担的成本^[12],购买方可通过调整待遇设计改变对需方的激励约束。从更为宏观的角度来看,待遇设计还可以反映国家层面的优先事项(priority),即国家通过分配有限的公共资源来支持、保障特定的长护服务,以体现社会需求和价值观的取向。^[13]此外,相较于医疗服务,需方在长护服务的选择上有较

强的自主权。因此,理论上,提高居家社区护理的待遇水平、丰富居家社区护理的给付形式等将有效引导需方优先利用此类服务。各国实践也印证了这一观点,发展居家社区护理的政策较多聚焦于需方待遇设计上^[14],本文将着重梳理总结需方待遇政策。

2 规范引导居家社区护理需求的待遇模式

本研究基于国际上主流的长护保障模式^[15],选择了通过社会保险(德国、荷兰、韩国、日本、以色列)或通过政府财政(英国、澳大利亚、美国)保障普通居民或弱势群体获得长护服务,且长护体系发展较为完善的八个典型国家进行分析,旨在总结归纳其激励约束服务需方的待遇模式。

2.1 划分依据

长护保障中的需方准入与医疗保障有一定不同。首先,保障对象必须经过失能评估,达到一定的失能程度才有资格获得长护待遇。获得待遇资格后,还需进一步根据失能严重程度确定实际可享受的待遇,即待遇享受通常与失能程度挂钩。

长护待遇通常包括待遇范围、分摊规则、给付形式及享受待遇需满足的条件等^[12],待遇范围包括服务形式(如居家社区护理、机构护理)、服务内容(如基本生活护理、医疗护理等项目)、服务频率等,分摊规则包括报销限额、自付比例等,给付形式可分为现金给付、实物给付及混合给付。一般情况下,享受更多的服务项目、更高的服务频率往往需达到更高的失能程度要求。然而,享受特定服务形式待遇的条件却不总是完全与失能程度相关,尤其是享受机构护理待遇需满足的失能程度条件,各国实践并不一致。故本研究根据不同的机构护理待遇享受条件将典型国家的待遇设计划分为两种模式。

2.2 待遇模式

如图 1 所示,根据不同的机构护理待遇享受条件,可将待遇模式划分为两类。一类为“机构待遇资格限定型”,除享受长护待遇的条件外,购买方又针对机构护理设置额外的待遇享受条件,即申请人需达到一定失能程度才可享受机构护理待遇;另一类则并不作上述限定,所有满足待遇享受条件的保障对象,无论失能程度如何,皆可自行选择护理形式,此类国家主要通过对居家社区护理设置更高待遇水平来引导保障对象利用此类服务,强调经济补偿对需方的激励作用,可称为“居家待遇水平倾斜型”,其

具体措施为针对居家社区护理设置多样化的给付形式、较低的自付水平及额外的支持计划。

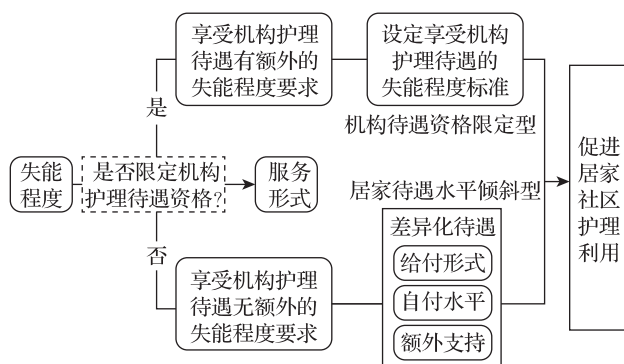


图 1 待遇模式划分

目前,各国基本都根据失能评估结果量化了失能程度、划分了失能等级,但在待遇设计上呈现出一定差异(表 1)。

表 1 各国待遇设计

国家	划分失能等级	限定机构护理 待遇资格	设置差异化 待遇
澳大利亚	✓	✓	
荷兰	✓	✓	✓
日本	✓	✓	✓
德国	✓		✓
韩国	✓	✓	
以色列	✓	✓	
英国	✓	✓	
美国	✓		✓

2.2.1 机构待遇资格限定型

通常认为居家社区护理已经能满足生活可以自理的轻度失能人群的护理需要,只有失能程度较重、生活无法自理的人群才需要长期居住在机构中接受护理服务。因此,澳大利亚、荷兰、日本、韩国、以色列、英国限定了机构护理的待遇资格(表 2)。这一做法使得轻度失能人群利用机构护理时无法得到报销补偿,自负费用较高,遏制了其对机构护理的选择,可避免机构服务资源过多集中于低护理人群中。

荷兰 2015 年开展了长护险改革,将长护服务发展重心由被过度利用的机构护理转向居家护理^[16],原长护险法案《特殊医疗费用支出法》(AWBZ)准入宽松、覆盖广泛^[17],而针对机构护理重新颁布的长护险法案(WLZ)对机构护理待遇资格采取了严格的限制,提高了入住机构的失能程度要求,机构护理待遇仅限于需 24 小时监护的中重度失能人群^[18]。改革实施后,有资格获得机构护理待遇的老年人数量下

降了 45%^[19],机构护理的利用人数大幅减少^[16],且减少趋势主要集中在低失能等级人群中^[19],同时机构数量及机构床位数量也相应减少^[16,20],长护支出占 GDP 比重及机构护理支出占长护总支出比重亦有所下降^[21],严格限定机构护理待遇资格的做法在荷兰取得了显著的成效。

日本于 2000 年确立长护险制度,规定仅中重度失能人员(即达到“要护理”1~5 级的人员)可获得机构护理待遇^[22],2005 年开展初步改革,规定接受机构护理的失能老人需自行承担食宿费用。此后,日本机构护理人数占长护服务总人数比重逐步下降至 2019 年的 16.7%,机构床位同步减少,而居家护理人数增长了 4 倍;在支出方面,机构护理支出占比显著下降,而居家护理支出占比从 33.9% 上升至

50%,社区护理支出占比也高达 17.1%^[23],这显示限定机构护理待遇资格策略在优化服务结构方面发挥了重要作用。

以色列则较为特殊,长护险待遇只覆盖居家社区护理,机构护理保障仅作为社会福利向高需求且低收入的人群提供,某种程度上也可被视作十分严格的待遇资格限定。2014 年以色列机构护理利用人数仅占 65 岁及以上人口的 2%,在 OECD 国家中处于较低水平。^[24]英国与以色列类似,免费的机构护理服务作为社会救助服务仅向低收入人群提供,严格的资格限制使得大多数失能人群主要依托居家社区护理。澳大利亚与韩国同样限定了机构护理待遇的享有资格,机构护理利用比例相对较低。^[9]

表 2 “机构待遇资格限定型”型国家失能等级划分及机构护理待遇享受条件

国家	失能等级划分	机构护理待遇享受条件
澳大利亚	各服务形式统一进行失能评估,共分为 6 个等级,分别是入门级(entry-level)、居家 1~4 级、更高级(higher level)。	前 5 级(入门级与居家 1~4 级)接受居家护理;更高级才可享受机构护理待遇。
荷兰	各服务形式的失能评估相互独立,居家护理不划分具体等级;机构护理划分为 5 个等级。	经过严格的失能评估后才可享受机构护理待遇。
日本	各服务形式统一进行失能评估,共分为 7 个等级,分别是“要支援”1~2 级与“要护理”等级 1~5 级。	“要支援”1~2 级主要接受居家护理,辅以部分短期入院护理与社区护理;“要护理”1~5 级才可享受机构护理待遇。
韩国	各服务形式统一进行失能评估,共分为 6 个等级,分别是失能等级 1~5 级(等级越低失能程度越高)与失智支援等级。	1~2 级才可享受机构护理待遇。
以色列	各服务形式的失能评估相互独立,长护险覆盖的居家护理分为 6 个等级;机构护理不划分等级。	长护险不覆盖机构护理,机构护理仅作为社会福利提供,申请者需通过严格的失能评估及收入调查。
英国	社会护理根据国家层面提供的参照框架分为四个功能障碍等级;从低到高依次为轻度、中度、重大、危机。	需经过严格的失能评估及收入调查,只有高需求且低收入的人群才可接受相关补贴。

2.2.2 居家待遇水平倾斜型

德国、美国设置了差异化待遇水平并向居家社区护理倾斜,为居家社区护理提供更多经济补偿,激励失能人群优先利用居家社区护理。值得注意的是,荷兰和日本虽主要采取资格限定的做法约束轻度失能人群享受机构护理,但同时设置差异化待遇政策,以引导有资格享受机构护理待遇的中重度失能老人也主动选择居家社区护理。这些国家在待遇水平设计上主要侧重以下三个方面。

第一,对居家社区护理设置更多样化的给付形式。通常,机构护理受益人只能接受实物给付;而居家社区护理受益人可自由选择实物或现金给付。在德国及美国,现金给付可用于购买非正式护理服务^[25];在荷兰,居家社区护理受益人可通过现金补贴自行购买护理服务^[26]。

第二,对居家社区护理设置更低的自付水平。

由于机构护理包含额外的食宿等服务,其成本和费用通常远高于居家社区护理,因此当对居家社区护理与机构护理给予近似的报销金额时,被护理者承受的居家社区护理自付金额远低于其利用机构护理的负担,便主动选择、利用居家社区护理。在德国,机构护理的报销限额虽略高于居家社区护理,但差距较小(由低至高五个护理等级的机构与居家社区护理的补偿差额分别为 125 €/81 €/36 €/136 €/10 €),然而就个人自付而言,相同失能程度下机构护理的自付远高于居家社区护理的自付金额,即两种服务形式报销限额的微小差异并不足以弥补个人自付的实际差异,特别是在高失能程度情况下,使得居家社区护理在经济上更具吸引力。^[27]同样的,日本在相同失能程度下,居家社区护理的自付水平远低于机构护理。以护理 5 级为例,居家护理月报销限额为 360 650 日元,自付比例根据收入情况分为 10%、

20%、30% 三个等级(即 36 065 日元、72 130 日元、108 195 日元),而机构护理虽没有统一的报销限额,但其自付水平更高,保险不覆盖住宿费、伙食费、日常生活费等额外费用,多人间至少需自付 102 200 日元,单人间至少需自付 139 500 日元。^[28]在美国 Medicare 覆盖的长护服务中,享受机构护理待遇需要自付,享受居家社区护理待遇则无需自付。^[25]

第三,对居家社区护理提供额外的支持计划。除了待遇政策中明确规定的自付水平,此类国家针对居家社区护理提供了多项支持计划,仅限居家社区护理受益人申请;相较于机构护理,保障对象接受居家社区护理可获得更多的经济补贴,形成收入效应,进一步降低居家社区护理的自付费用。如德国对居家社区护理提供了多项额外福利计划,居家护理受益人每月可享受 125 欧元的减压金补贴、至多 40 欧元的护理设备援助以及每项 4 000 欧元的住宅改造措施补贴,皆由保险承担。类似地,美国 Medicaid 属于医疗救助,其保障的长护服务主要面向低收入的失能人群,Medicaid 为保障对象提供现金补贴以供其自行购买服务。除此之外,还设置了若干补充保障计划扩大居家社区护理资金投入,例如“钱随人走”计划(Money Follow People)、社区首选计划(Community First Choice)等,为居家社区护理保障对象提供额外的现金补贴,以此激励更多人选择居家社区护理,对申请人而言,选择机构护理所得补贴金额显著少于居家社区护理。^[29]

在一系列待遇引导措施的激励下,德国与美国的长护服务利用结构得到了一定优化。2011—2020 年,德国居家护理人数与支出占比逐年增加,而机构护理人数与支出占比逐年减少,2020 年居家护理支出占比高达 63.6%,护理人数占比高达 80.5%。^[30]美国的 Medicaid 计划作为长护支出的最大资金来源,在 2020 年将 57% 的长护资金投入居家社区护理中,而机构护理费用占比从 82% 下降到 43%^[31],同时每千人机构床位比 2009 年也下降了 11.6 张。^[32]

总之,两类模式各具特色。限定机构护理待遇资格的做法可操作性强、效率高,具有较强的约束力,可保证购买方对资源配置的有效控制,但在一定程度上限制了保障对象对于服务形式的自由选择,更适用于机构护理资源有限或保障水平较高的情况。设置差异化待遇的做法充分考虑了保障对象的意愿,但对居家社区护理的质量、资源及支持体系有较高的要求。此外,该模式单纯依靠经济杠杆引导

失能人群选择居家社区护理而不施加“强制”的约束,可能导致公平性问题。具体而言,采取这一模式的国家通常机构护理价格高昂且公共资金对其保障程度不高,低收入失能人群可能无力承担机构护理,而对价格相对不敏感的高收入群体则更可能利用机构护理、享受待遇,造成服务利用的不公平。^[33-34]

各国的待遇设计很大程度上取决于其保障制度及国情现实。如英国、以色列近乎“免费”的保障体系,很难对不同服务形式采取差异化的待遇水平,因此主要在待遇资格方面严格限定;荷兰的长护保障受其医保体系影响,长期以来覆盖全面、保障水平高,要扩大不同服务形式间的待遇差异相对不易;德国的保障水平适中,机构护理自付较高,无需设置额外的资格限定。但限定机构护理待遇资格与设置差异化待遇水平不完全互斥,若能在考虑体系基础的情况下灵活结合两种做法,可更好地平衡居家社区护理与机构护理,促进长护服务体系合理发展。

3 启示

3.1 分阶段采取多元待遇设计,巩固强化居家社区重要功能

根据我国现实情况,循序渐进采取差异化待遇水平、额外支持、待遇资格限定等多元待遇设计以规范引导服务需求,巩固居家社区护理的重要功能。我国可参考日本、荷兰等保障体系类似的国家,结合待遇激励与资格限定的做法,并根据发展阶段逐步推行。目前我国保障制度处于起步阶段,坚持“保障基本、低水平起步”的原则,机构护理的保障水平并不高,因此现阶段差异化待遇政策已能发挥较好的引导作用,设计待遇政策时应确保居家社区护理的保障水平适度高于机构护理。应重点关注弱势人群的服务利用,对其必要的机构护理利用给予补贴,避免经济原因所导致的服务应利用而未利用。同时,考虑各方面承受能力,在保险范围内辅以相应的支持措施,充分发挥待遇政策的激励作用,如南通、上海两地目前已有一定的鼓励支持,包括额外的经济补贴及服务时长。^[35-36]在给付形式上,可对居家社区护理采用实物与现金相结合,但应注意现金给付的比例不可过高,避免引发道德风险。保障水平提高后,可适度加强对机构护理待遇资格的限定,限制轻度失能人群对机构护理资源的不合理利用,避免机构护理出现支出激增、效率低下等当前国际上普遍面临的问题。

3.2 兼顾机构护理发展, 统筹建设多层次长护服务体系

在考虑失能老人多层次需求的基础上, 按需分类提供多层次、多元化的长护服务。虽然国内外均强调“以居家社区为中心”, 但并不代表不重视甚至抑制机构护理发展。荷兰为控制机构护理支出, 大量削减机构护理预算、严格限制失能人员入住机构, 致使机构护理供给减少, 且各地区的机构护理等待名单增加、等待时间延长, 因服务对象的自主选择权受到了一定限制, 护理机构利润受损、经济激励变弱, 护理质量也有所下降。^[25] 因此, 我国在建设长护服务体系时应引以为鉴, 考虑失能人群的实际需要及居家社区护理与机构护理的良性平衡, 以满足不同失能程度、收入水平失能人群的多样化需求。我国当前不同服务形式资源配置不均、发展不平衡, 机构中养老床位供给过剩、护理质量参差不齐而居家社区护理供给不足^[37], 因此, 现阶段应以控制养老床位粗放扩张、增加护理床位供给为机构护理的发展重点, 保险方与护理机构签订服务协议时应明确保险的支付范围仅限于长护服务, 并加强对护理机构的监管, 保障护理质量; 而居家社区护理则以扩大有效供给、满足护理需求为主, 应根据市场情况定期开展护理机构准入, 尽可能多地纳入有资质的上门护理机构。同时, 相关部门还应加强专业护理人才培养与护理行业标准建设, 确保各类型护理服务的高质量供给。

3.3 充分运用长护险购买机制, 规范引导服务体系良性发展

长护险在购买护理服务时应更加积极、主动, 运用保险机制调节服务供需, 规范引导长护服务体系良性发展。尽管各国保障模式有所不同, 但其在配置使用所筹集的长护资金时都通过待遇政策有侧重地调节护理需求, 支持居家社区护理发展。我国的长护险及服务体系虽处于起步阶段, 但长护险作为我国社保的“第六大支柱”, 具有强大的购买优势, 应通过战略购买机制调节护理需求及资源配置, 兼顾供需、双管齐下, 推动形成合理的长护体系格局, 避免出现机构护理规模过大、费用过高致使基金面临超支风险的问题。长护险代表需方购买服务时, 应确保购买决策充分反映公众需要、偏好及国家层面的优先事项, 在待遇政策中明确体现“居家社区护理优先”的原则与导向。同时, 长护险还可以对供方进

行激励约束, 针对我国长护服务的供给短板, 利用一系列准入机制、支付方式和监管手段等作为杠杆, 促进服务供给, 提升护理服务提供的质量与效率, 积极引导服务市场发展。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] Ageing and health [EB/OL]. (2022-10-01) [2023-11-12]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- [2] 第七次全国人口普查公报(第五号) [EB/OL]. (2021-05-11) [2023-11-12]. http://www.stats.gov.cn/tjsj/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/202106/t20210628_1818824.html
- [3] Wysocki A, Butler M, Kane-Robert L, et al. Long-Term Services and Supports for Older Adults: A Review of Home and Community-Based Services Versus Institutional Care [J]. *Journal of Aging & Social Policy*, 2015, 27(3): 255-279.
- [4] World Health Organization. Home-based long-term care: report of a WHO study group [M]. World Health Organization, 2000.
- [5] Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, et al. Help Wanted: Providing and Paying for Long-Term Care [M]. OECD, 2011.
- [6] European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Challenges in long-term care in Europe: a study of national policies [M]. LU: Publications Office, 2018.
- [7] OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators [M]. OECD, 2021.
- [8] 人力资源社会保障部办公厅关于开展长期护理保险制度试点的指导意见 [EB/OL]. (2016-07-08) [2023-11-12]. http://www.gov.cn/xinwen/2016-07/08/content_5089283.htm
- [9] OECD Statistics [EB/OL]. [2023-11-12]. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#>
- [10] Doty P. Cost-Effectiveness of Home and Community-Based Long-Term Care Services [R]. U. S. Department of Health and Human Services, 2000.
- [11] Wolff J L, Kasper J D, Shore A D. Long-Term Care Preferences Among Older Adults: A Moving Target? [J]. *Journal of Aging & Social Policy*, 2008, 20(2): 182-200.
- [12] Mathauer I, Dale E, Jowett M, et al. How To Make It More Strategic? [R]. World Health Organization, 2019.
- [13] World Health Organization. From value for money to value-

- based health services: a twenty-first century shift: WHO policy brief[M]. World Health Organization, 2021.
- [14] Bakx P, Chernichovsky D, Paolucci F, et al. Demand-side strategies to deal with moral hazard in public insurance for long-term care[J]. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2015, 20(3): 170-176.
- [15] 华颖. 国际视野下的中国长期护理保险政策选择[J]. *学术研究*, 2021(7): 91-97,188.
- [16] Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, et al. The Netherlands: Health System Review[R]. World Health Organization, 2010.
- [17] Maarse J A M, Jeurissen P P. The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands [J]. *Health Policy*, 2016, 120(3): 241-245.
- [18] Koninkrijksrelaties M van B Z en. Regeling langdurige zorg [EB/OL]. (2020-07-14) [2023-11-12]. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0036014/2020-07-14#BijlageA>
- [19] Alders P, Schut F T. Trends in ageing and ageing-in-place and the future market for institutional care: scenarios and policy implications [J]. *Health Economics, Policy and Law*, 2019, 14(1): 82-100.
- [20] Alders P, Schut F T. The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? [J]. *Health Policy*, 2019, 123(3): 312-316.
- [21] European Commission and Social Protection Committee. Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society. [M]. 2021.
- [22] 胡宏伟, 李佳怿, 汤爱学. 日本长期护理保险制度: 背景、框架、评价与启示[J]. *人口与社会*, 2016, 32(1): 94-103.
- [23] 厚生労働省令和元年度介護保険事業状況報告(年報) [EB/OL]. [2023-11-12]. <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/19/index.html>.
- [24] Chernichovsky D, Koreh M, Soffer S, et al. Long-term care in Israel: Challenges and reform options [J]. *Health policy*, 2010, 96(3): 217-225.
- [25] Barber S L, van Gool K, Wise S, et al. Pricing long-term care for older persons [M]. World Health Organization, 2021.
- [26] 季佳林, 刘远立, 仲崇明, 等. 荷兰长期护理保险制度改革对中国的启示[J]. *中国卫生政策研究*, 2020, 13(8): 43-49.
- [27] Die Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick [EB/OL]. [2023-11-12]. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung/leistungen-im-ueberblick>
- [28] 介護保険制度における要介護認定の仕組み [EB/OL]. [2023-11-12]. <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/sankou3.html>
- [29] Money Follows the Person | Medicaid [EB/OL]. [2023-11-12]. <https://www.medicaid.gov/medicaid/long-term-services-supports/money-follows-person/index.html>.
- [30] Rothgang H, Müller R. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends [M]. Berlin: Barmer, 2021.
- [31] Murray C, Alena T, Debra L, et al. Medicaid Long Term Services and Supports Annual Expenditures Report: Federal Fiscal Year 2019 [R]. Centers for Medicare & Medicaid Services, 2021.
- [32] Sengupta M, Penn Lendon J, Caffrey C, et al. Post-acute and Long-term Care Providers and Services Users in the United States, 2017—2018 [R]. National Center for Health Statistics (U. S.), 2022.
- [33] 肖颖, 朱勤, 王雪辉. 长期护理保险的再分配与社会投资功能: 来自德日韩的经验与启示 [J]. *中国卫生政策研究*, 2023, 16(7): 23-30.
- [34] Bakx P, de Meijer C, Schut F, et al. Going formal or informal, who cares? The influence of public long-term care insurance: The influence of public long-term care insurance [J]. *Health Economics*, 2015, 24(6): 631-643.
- [35] 上海市人民政府办公厅关于印发《上海市长期护理保险试点办法》的通知 [EB/OL]. (2021-12-21) [2023-11-12]. <https://www.shanghai.gov.cn/nw12344/20211231/d433625980cf4b8d8a4256e44d18622a.html>
- [36] 关于印发《南通市基本照护保险实施细则》的通知 [EB/OL]. (2017-01-05) [2023-11-12]. <http://ylbj.nantong.gov.cn/ntsyylbj/bmwj/content/dc782759-2d09-4dd6-85fc-93a71c00d676.html>
- [37] Feng Z, Glinskaya E, Chen H, et al. Long-term care system for older adults in China: policy landscape, challenges, and future prospects [J]. *The Lancet*, 2020, 396(10259): 1362-1372.

[收稿日期:2023-11-14 修回日期:2024-01-03]
(编辑 刘博)