

我国长期护理保险待遇给付制度优化研究

——基于 28 个试点城市的比较分析

张心怡 赵海涛¹

(上海师范大学 200234)

【摘要】: 我国护理服务市场尚不成熟, 护理服务人员也有很大缺口。在机构护理服务有限的前提下, 非正式的居家护理对于场所、人员要求都较低, 是缓解机构护理压力的可行手段。通过给付水平向居家照护倾斜, 使居家照护的给付标准高于机构照护, 就能够发挥经济杠杆的作用, 鼓励社会化机构深入社区和家庭。这样既能满足失能群体居家照护的意愿, 也符合当前我国失能护理的现状。

【关键词】: 长期护理保险 待遇给付制度 老龄社会

【中图分类号】: C913.6 **【文献标识码】:** A **【文章编号】:** 1005-1309(2022)10-0096-008

一、引言

据预测, 我国或将于 2025 年从老龄化社会迈入老龄社会, 失能老人群体随之也将不断扩大。2020 年我国失能老人群体占老年群体的比例已高达 1/6, 而预测到 2050 年我国轻度、中度和重度失能老年人的增长率分别为 108%、104% 和 120%, 届时平均每位老年人将经历 11.45 年的失能期。^[1] 老人失能风险的增加以及家庭养老功能的弱化, 催生了对护理服务的刚性需求。然而, 现存的社会保障体系尚未实现对护理需求的有效供给。2016 年 6 月, 人力资源和社会保障部出台《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》(以下简称《意见》), 在全国 15 个城市开展了建立长期护理保险(以下简称“长护险”)制度的有益探索, 以期失能老人提供制度性“保护伞”。2020 年 9 月, 国家医保局会同财政部出台《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》, 将“合理确定保障范围和待遇标准”列入基本原则之一, 并提出力争在“十四五”期间, 基本形成适应我国经济发展水平和老龄化发展趋势的长护险制度政策框架。其中, 待遇给付制度作为不可或缺的一环, 其实施模式、服务有效性及制度延续性发展, 是亟待明晰和完善的内容之一。

长护险在我国尚属新生事物, 国内学者的研究多集中于 3 个方面: 一是宏观探究, 即着眼于长护险整体体系的搭建, 如陈奕男、潘萍等人从覆盖范围、资金筹集、失能评估、待遇给付等方面提出未来我国长护险制度的建构方向。^[2,3] 二是微观分析, 即围绕长护险的某一环节或某一试点地区的经验进行考察, 如刘欢、于建华(2021)分别以浙江、山东的试点经验为基础探讨如何优化长护险的筹资机制。^[4,5] 三是典型国家的经验总结, 如荆涛、赵春江(2018)等学者分别通过对美国、日本长护险制度的深入研究, 提出我国应引进多元化护理供给主体的观点。^[6,7]

总的来看, 国内学者较少关注长护险的待遇给付环节。现有研究多围绕给付内容、给付方式、给付水平 3 个维度,^[8,9] 在给付条件与标准上则较少提及, 且多停留在个别试点地区或首批试点的 15 个城市的状况分析,^[10,11] 缺乏系统化的研究。基于此, 本文在对 28 个试点地区的实践进行横向比较分析的基础上, 尝试对我国长护险待遇给付制度进行全面的探讨, 以期未来这一

作者简介: 张心怡, 上海师范大学哲学与法政学院硕士研究生。;赵海涛, 上海师范大学哲学与法政学院副教授。

制度的全面推广提供可鉴思路。

二、研究设计

(一)研究方法的选择

比较研究法是经过横向或纵向比较两个或两个以上客观事物的相同点和不同点，对其加以学理分析，以发现其本质和规律的研究方法。本研究对于这一方法的运用，主要体现在通过对我国长护险实践中待遇给付的相关内容进行横向对比，以求厘清长护险待遇给付机制中包含的诸多要素及其内在关联。

(二)比较样本的选择

基于对样本代表性、完整性与样本间可比性的考量，一是选择2016年人社部颁布的《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》中公示的15个城市。¹二是选择2020年国家医保局、财政部颁布的《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》中公示的14个试点城市；²总共选取28个样本进行政策梳理与比较分析。³

(三)比较要素的选择

目前，学界对长护险的待遇支付尚无较为明晰的定义，故参考《意见》的政策文本进行要素的厘定。长护险的待遇给付，是指长护险基金按比例支付护理服务机构和护理人员为参保人提供的符合规定的护理服务所发生的费用，并提出了两点要求：一是各地要根据护理等级、服务提供方式等制定差别化的待遇保障政策，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。二是具体待遇享受条件和支付比例，由试点地区确定。

经分析可看出，长期护理待遇给付主要涉及4个问题：给付给谁、给付什么、如何给付、给付多少。合理的给付条件、丰富的给付内容、适宜的给付方式以及恰当的给付水平能促进整个长护险的发展。综上，本研究将长护险的待遇给付划分为给付条件、给付内容、给付方式、给付水平4个维度。

三、试点城市长护险待遇给付情况比较分析

(一)给付条件比较

当参保人满足长护险的给付条件时，就可以申请待遇给付。从28个试点地区颁布的相关政策内容看，不同地区的待遇给付条件相差较大。总的来说，待遇给付的条件主要包括5个方面的限制因素，分别是参保主体身份、失能等级、处于失能状态的时长、接受护理服务的场所以及缴纳医疗保险费用的时长。其中，“城镇职工”“重度失能”“正常享受基本医疗保险待遇”是所有试点地区都规定的给付条件。

首先，可将参保身份分为4类。第一类是以青岛为代表的多主体身份，除参加基本医疗保险的人员外，将少年、儿童、大学生也包括在内，覆盖范围最为广泛，不局限于老年群体。第二类将所有基本医疗保险的参保人都纳入了覆盖范围，有11个城市，其中南通、上饶、成都、广州、乌鲁木齐5个城市均为政策调整后的结果，南通由最初试点方案中的城镇职工及居民，增加了农村居民医保参保者，后4个试点均由城镇职工转为加入城乡居民群体。第三类仅包括城镇地区，长春自2016年被纳入首批试点城市以来即保持如此。第四类仅覆盖城镇职工群体，在试点地区中此类占比最高，为54%，且第二批试点城市中77%的地区为第四类(表1)。

表 1 试点城市参保主体身份比较

参保主体身份		试点城市
多主体(城镇职工+城乡居民+少年、儿童、大学生)	第一批	青岛
	第二批	—
双主体(城镇职工+城乡居民)	第一批	广州、南通、苏州、荆门、石河子、成都、上海、上饶
	第二批	乌鲁木齐、石景山、呼和浩特
双主体(城镇职工+城镇居民)	第一批	长春
	第二批	—
单主体(城镇职工)	第一批	安庆、齐齐哈尔、承德、宁波、重庆
	第二批	天津、晋城、盘锦、福州、开封、湘潭、南宁、黔西南州、昆明、汉中

资料来源：根据各地试点方案自行整理，时间截至 2022 年 6 月末。

其次，从失能等级看，由于失能等级判定标准的不同，各试点城市待遇给付的失能程度要求也存在着一定差异，如南通将 ADL 量表中 ≤ 50 分即定义为中度、重度失能，青岛则要求 ≤ 60 分。总体来看，各城市均遵循国家医保局的指导意见，重点保障重度失能人员的护理需求。第二批试点城市中高达 86%的地区均选择仅覆盖重度失能群体，将重度失智老人、中度失智老人、中度失能老人纳入长护险保障对象的城市还只是少数，占全部试点城市的 1/3 左右。其中，上海覆盖轻度失能人员，广州覆盖中度失智人员。此外，上海、青岛、长春附加了年龄限制，上海规定年满 60 岁的参保人员才能提出评估申请，青岛要求失智人员在 60 岁以上，长春要求中度失能人员的年龄在 85~90 岁之间(表 2)。

再次，从处于失能状态的时长与接受护理服务的场所看，除苏州、上海、长春未明确参保对象处于失能状态的具体时长外，其余城市都规定了“失能状态持续 6 个月以上”的给付条件。极少数的个别城市还增加了接受护理服务场所的限制要求，如长春规定参保人员在指定的定点服务机构接受护理服务所发生的费用才予以支付。

表 2 试点城市失能程度的给付要求比较

失能等级		试点城市
重度失能	第一批	重庆、石河子、齐齐哈尔、承德、宁波、荆门
	第二批	乌鲁木齐、石景山、天津、晋城、盘锦、福州、开封、湘潭、南宁、黔西南州、昆明、汉中
重度失能/中度失能	第一批	苏州、安庆、长春(困难参保群体及 85~90 岁的中度失能人员)
	第二批	呼和浩特

重度失能/重度失智	第一批	成都
	第二批	—
重度失能/中度失能/重度失智	第一批	青岛(失智、年满60岁)、南通、上饶
	第二批	—
重度失能/中度失能/轻度失能	第一批	上海(年满60岁)
	第二批	—
重度失能/重度失智/中度失智	第一批	广州
	第二批	—

资料来源：根据各地试点方案自行整理，时间截至2022年6月末。

最后，在限定医疗保险缴费状况方面，可分为“准入”性质与“激励”性质。大部分试点城市均根据医保缴费情况设置了“准入”门槛，如石河子、安庆、宁波均规定先参加基本医疗保险且符合未中断缴费等要求，才能正常享受长护险。在此基础上部分地区增加了缴费年限的硬性要求，如成都、湘潭均限定给付条件为连续缴费满2年，并累计缴费满15年；仅青岛、荆门、石河子、长春4个试点城市设置了“激励”条件，即建立了缴费与待遇的关联机制，为不同缴费水平的参保群体设置了阶梯性的支付比例，如石河子规定缴费年限超过5年、10年、15年的，长护险支付比例分别为70%、90%、100%。

(二) 给付内容比较

长护险的给付内容即保障对象能够享有的具体福利内容。从28个试点城市颁布的政策看，给付内容主要由服务项目和服务形式构成。服务项目即长护险服务的适用范围，可将其归纳为5种类型：生活照护、医疗照护、预防性照护、康复性照护及心理疏导服务。服务形式即参保对象在获取服务时以何种方式进行，根据服务的发生地点，可将其大致分为医疗机构照护、养老及护理机构照护、居家上门照护与居家自主照护4种类型(表1)。⁴

表3 试点城市给付内容

试点城市	服务项目					服务形式			
	生活照护	医疗照护	预防性照护	康复性照护	心理疏导服务	养老及护理机构照护	医疗机构照护	居家上门照护	居家自主照护
成都	√	√	√	√	√	√	√	√	√
上海	√	√	√	√	—	√	√	√	—
苏州	√	√	√	√	—	√	√	√	—
齐齐哈尔	√	√	—	—	—	√	—	√	—
南通	√	√	√	√	√	√	√	√	—

广州	√	√	√	√	—	√	—	√	—
长春	√	√	√	√	—	√	√	—	—
荆门	√	√	√	√	√	√	√	√	√
石河子	√	√	√	—	√	√	—	√	√
重庆	√	√	√	—	√	√	—	√	—
承德	√	√	√	√	—	√	√	√	√
青岛	√	√	√	√	√	√	√	√	√
宁波	√	√	—	√	√	√	√	—	—
安庆	—	—	—	—	—	√	√	√	√
上饶	—	—	—	—	—	√	—	√	√
晋城	√	√	—	√	√	√	√	√	√
南宁	√	√	√	√	—	√	—	√	—
石景山	√	√	—	√	√	√	√	√	√
天津	√	√	√	√	√	√	—	√	—
呼和浩特	√	√	√	—	√	√	—	√	—
盘锦	—	—	—	—	—	√	—	√	—
福州	√	√	√	√	√	√	√	√	—
开封	√	√	√	√	√	√	—	√	√
湘潭	√	√	√	√	—	√	√	√	—
黔西南州	√	√	√	√	√	√	—	√	√
昆明	√	√	—	√	—	√	√	√	√
汉中	√	√	√	√	—	√	√	√	√
乌鲁木齐	√	√	√	√	√	√	—	√	—

资料来源：根据各地试点方案自行整理，时间截至 2022 年 6 月末。

试点地区在服务项目上以生活照护、医疗照护为主，预防性照护、康复性照护为辅，少数增设了心理疏导服务，单独开设预防性照护、康复性照护、心理疏导服务的试点城市占比分别为 80%、84%、60%，同时开展 3 项服务项目的城市占比仅 36%。在服务形式上，所有试点地区均覆盖了定点的养老及护理机构照护，分别有 64%、92% 的城市增设了医疗机构照护与居家上门照护，52% 的城市开设了居家自主照护，即允许采用亲属或非定点机构的服务人员提供护理服务。其中，两个试点城市较为特殊，在服务形

式上进行了创新，青岛额外增设了社区巡护，由护理服务机构的照护人员通过上门巡诊的形式为城乡居民提供相应服务；乌鲁木齐将全日居家护理作为给付形式之一，即可由专业的护理人员到服务对象家中提供长期性、24小时持续性的照护服务。

(三) 给付方式比较

在 28 个试点城市中，54%的城市选择服务给付，即选择在定点机构享受服务，所产生的费用由经办机构拨付给定点机构。14%的城市采用现金补贴方式，由经办机构将护理费用以现金形式直接发放至被保险人的账户中，被保险人能够自主选择服务类型，这种方式节省管理费用且灵活性强。32%的城市采用混合给付方式，对于重度失能失智老人来说，如果不想脱离熟悉的生活环境，就会被列入居家照护的给付层级，如上饶、成都正是考虑到这一点而在政策中规定为居家自主护理提供现金补贴，实现了“1+1>2”的政策效果(表 4)。

表 4 试点城市给付方式

给付方式		试点城市
服务给付	第一批	青岛、长春、承德、荆门、苏州、齐齐哈尔、广州、重庆、宁波
	第二批	呼和浩特、盘锦、南宁、湘潭、福州、开封
现金补贴	第一批	—
	第二批	石景山、天津、汉中、昆明
混合给付	第一批	南通、上饶、上海、安庆、成都、石河子
	第二批	晋城、乌鲁木齐、黔西南

资料来源：根据各地试点方案自行整理，时间截至 2022 年 6 月末。

(四) 给付水平比较

在长期护理保险的待遇给付水平上，各试点城市主要呈现 4 个特点。

一是给付水平普遍偏低。按比例支付的地区所设置的支付水平相较而言偏高，多在 70%~90%之间，定额给付的地区给付标准区间为 20~55 元。大部分地区未设置个人缴费要求，要求个人缴费的地区基于福利刚性和民众可接受程度的考虑，均设置了较低的筹资标准，如安庆要求每位参保人每年缴纳 10 元，这在根源上导致了给付水平的较低。

二是差异化的补偿方式成为主流。个别城市对于不同失能等级、不同服务形式实施了均等化的补偿标准，如重庆在养老机构照护、医疗机构照护、居家照护上均设定为每人每天 50 元，绝大多数试点城市根据护理等级、服务形式等因素对于参保的失能群体采用差别化的给付标准，如南通根据失能程度及服务形式建立了复合性指标，重度、中度失能失智人员在医疗机构接受照护的话分别按照每天 70 元、50 元的标准支付，在养老机构则分别按每天 50 元、40 元的标准支付。

三是大部分试点城市采用比例给付的支付方式。按比例给付的地区除上海外均设置了定额或限额，上海在居家护理的支付上对服务次数、服务时间进行了限制。^[12]

四是给付标准划分依据存在差异。各试点城市给付水平等级划分大致可以分为5类：一是按照参保主体的身份差异，长春对于城镇职工、城乡居民的补偿比例分别为90%、80%。二是按照失能失智等级，南通、苏州、昆明规定重度失能的给付水平平均高于中度失能；成都虽仅涵盖重度失能失智参保者，但其将重度失能划分为3个等级，支付水平随失能等级变化而波动。三是按照服务形式，汉中、黔西南州、安庆均规定机构照护的给付水平高于居家照护；上海、南宁、乌鲁木齐等试点城市则为鼓励家庭养老而规定居家照护的给付高于机构照护。四是按照护理服务的人员资质，重庆由照护机构经过专门培训的护理人员提供服务的给付标准为每人每日40元，未经过服务培训的人员则为每人每日30元。五是按照综合性的划分依据，呼和浩特综合参保主体身份、失能等级、服务方式3种要素设置了梯度支付标准。

四、长护险待遇给付制度现存问题分析

（一）给付条件的设定不合理

目前，试点阶段主要覆盖参加职工基本医疗保险的重度失能者，城乡居民与重度失智群体尚未享有长期照护资源的权利。与城镇地区相比，农村地区失能率、失能规模均高于城镇，^[13]加之人口老龄化城乡倒置的问题，^[14]农村地区迫切需要解除获取长期照护资源机会的限制。重度失智老年群体与重度失能老年群体同为“最不能自助者”，亟待长期照护服务的支持。然而，在现有的长护险评估体系中，多以失能程度作为优先的度量标准，且在28个试点地区中，不足1/5的城市对重度失智老人提供待遇给付。这表明将重度失智老人的待遇保障放在了次要位置，与失智老人更加复杂化、专业化、全天候照护的现实需要背道而驰。^[15]

（二）给付内容的精准度较低

不同失能等级的老人对于长期照护存在差异化的需求，然而目前大多数城市的给付内容缺乏对于不同失能程度的保障对象所需差异化服务的说明，导致给付的精准度较低。这主要体现在4个方面。

一是大部分城市均专门出台了独立的服务项目清单，但详略程度不同，如上海、南通、苏州、广州、湘潭等，对每一类型服务项目的时长、频次、操作规范等作出了详尽要求，承德更是将要求细化到应当准备的器具、操作手法、注意事项等。相较之下，齐齐哈尔、石河子仅将给付内容进行了概括性的罗列；安庆、上饶、盘锦甚至尚未有相关规定，服务项目的泛化导致政策难以落实。二是服务项目划分内容混淆不清，如对于肢体锻炼，苏州将其划入日常照料的服务项目，成都则认为其属于康复训练，对于皮外涂药，青岛认为其属于医疗照护，上海却将其认定为日常照料。三是仅青岛、成都对于失能服务项目与失智服务项目进行了区分，青岛率先针对失智行为与精神症状设置了长期照护、日间照护、喘息服务3种形式，成都则分别颁布了《成都市长期照护保险服务项目和标准》以及《成都市长期照护保险服务项目和标准（失智）》两个文件。四是老年人的长期护理关乎预防、康复、心理照护等方面，但在当前已颁布的服务项目清单中，这些内容往往缺位。

（三）给付形式难以契合现实需求

在服务给付方式上，一些城市购买的长期护理服务只能满足体测、保洁、助餐等简单的日常照护，服务内容单一，难以满足失能老人的医疗照护诉求。在现金给付方式上，现金给付往往是基于促进家庭养老功能发挥以及灵活性较强的考量，而将现金直接给付给非正式照护者，如家人、亲属等，虽然非正式照护者经过一定的培训，但医疗照护所需的技术性、专业性较强，且被保险人鉴于与非正式照护者的社会关系，被保险人对于服务质量评价的客观性会大大下降，非正式照护者是否能够真正胜任照护工作有待考量。

（四）给付水平与“9073”格局相悖

我国倡导“9073”的养老服务格局，即97%的老人将通过居家养老服务和社区养老服务实现“就地养老”。而就当前各试点

地区的长期护理保险实施方案所设定的给付水平看，28 个试点城市中仅 12 个明显向居家照护倾斜，过半的城市向机构照护倾斜，将居家照护的给付设为最低水平。我国目前的实际情况是机构照护人满为患，居家上门照护尚处于探索阶段，居家自主照护功能逐渐减弱。这会导致机构照护特别是医疗机构的负担加重，有照护需求的老人在享有短期医疗护理服务后，可能会延续服务的享受，占用护理资源，降低长护险基金使用效率。

五、长护险待遇给付制度的优化路径建议

(一) 将城乡居民与重度失智群体纳入给付范围

长护险在试点阶段从城镇职工群体着手能提高制度的运作效率，但随着长护险制度的不断推进，人口老龄化程度更高且失能风险更大的农村地区亟待纳入长护险的给付范围。具体路径可以借鉴成都、上饶等城市，即采用分步方式，从城镇职工起步，待制度运行成熟后，再延展至城镇居民、城乡居民，在更大范围体现制度公平。针对重度失智老人也应如此，失智老人正成为失能群体的主要构成，^[16]但对失智老人的照护安排常被各试点城市忽视。我国现有失能失智老人逾 4000 万人，全部将其纳入长期照护范围的话，可能会造成给付风险，但如果将 3% 的重度失能失智老人作为给付群体，那么将有利于制度的契合性和高效性。

^[17]

(二) 完善长期护理服务供给

一是应尽快在国家层面出台统一规范。国家可以考虑建立全面、具体的服务项目清单，对不同程度的失能、失智群体可选项目的类别、器具、应用场景、操作手法、评估标准等事项进行明确要求，并对失能、失智进行划分，以确保制度的公平性和一致性，防止服务项目错位、同等给付条件的保障对象享受待遇不公等问题的产生。

二是设计护理服务套餐。失能失智个体的差异性决定了护理服务的差异性，内容丰富、结构科学的护理服务包正是服务项目的最佳呈现方式。在所有服务项目中筛选出基础性项目作为必选项，再根据保障对象的需求强度依次递进设置自选项，此外，增设专项护理套餐，如压疮（褥疮）护理包、创口换药护理包等。失能失智群体可依据患者的失能失智等级、经济水平等进行搭配，避免资源错配。

三是注重预防性服务。据学者推算 2050 年轻中度失能老人占总体失能老人的 73.13%，^[18]与健康人群相比，其更有转变为重度失能老人的风险，如果接受一定的预防照护和健康管理，能够有效缓解甚至逆转重度失能的风险，从而降低未来的长护险开支，如日本正是通过介护预防服务，使得介护 3~5 级的占比从 2000 年的 43.3% 下降到 2013 年的 36.4%。^[19]

(三) 大力培育护理服务市场

虽然现金给付操作起来较为便捷，但很难从根本上解决失能护理问题，其原因在于我国护理服务市场尚未成型，即使具备经济条件也不一定能够获得与需求相匹配的服务供给；而服务给付能够降低道德风险，使失能、失智人员获得切实的护理和照料，有利于更好地发挥长护险的效能。服务给付有赖于服务市场效能的发挥，鉴于此，应大力培育护理服务市场，以政府为主导推动市场化运作，吸引更多的社会资本进入，变单一供给为多主体供给，鼓励长期护理机构连锁化运营，形成强大品牌力，打造有序竞争、服务优良、价格实惠的长期护理服务供给产业链，为失能人群提供更多的选择。

(四) 提高居家照护给付水平

我国护理服务市场尚不成熟，护理人员也有很大缺口。在机构护理服务有限的情况下，非正式的居家护理对于场所、人员要求都较低，是缓解机构护理压力的可行手段。通过给付水平向居家照护倾斜，使居家照护的给付标准高于机构照护，就能够

发挥经济杠杆的作用，鼓励社会化机构深入社区和家庭。这既能满足失能群体居家照护的意愿，也符合当前我国失能护理的现状。

参考文献:

- [1] 张良文, 方亚. 2020—2050 年我国城乡老年人失能规模及其照护成本的预测研究[J]. 中国卫生统计, 2021, 38(1): 39-42.
- [2] 陈奕男. 长期护理保险高质量发展的依据、框架与路径[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(4): 37-41, 45.
- [3] 潘萍, 覃秋蓓. 中国长期护理保险制度模式选择与发展路径[J]. 西南金融, 2022(2): 89-100.
- [4] 刘欢. 长期护理社会保险筹资分担机制研究——以浙江省 H 市政策试点为例[J]. 社会保障研究, 2021(2): 43-54.
- [5] 于建华. 长期护理保险筹资机制的省级层面实证分析[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(2): 30-34.
- [6] 荆涛, 杨舒. 美国长期护理保险制度的经验及借鉴[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(8): 15-21.
- [7] 赵春江, 孙金霞. 日本长期护理保险制度改革及启示[J]. 人口学刊, 2018, 40(1): 79-89.
- [8] 韩丽, 胡玲. 长期护理保险待遇给付的现实困境及优化路径研究[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(7): 49-52.
- [9] 孟佳娃, 胡静波. 长期护理保险待遇给付问题研究[J]. 人民论坛, 2022(7): 71-73.
- [10] 谭睿. 重庆市长期护理保险试点政策、成效经验与优化发展[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(4): 42-45.
- [11] 肖瑛琦, 蒋晓莲. 中国长期护理保险制度试点分析与思考——基于首批试点城市的比较[J]. 中国老年学杂志, 2020, 40(2): 441-448.
- [12] 郭金龙, 李红梅. 人口老龄化加速迫切需要扩大我国长护险试点——基于我国 28 个长护险试点方案的比较与思考[J]. 价格理论与实践, 2021(7): 34-38.
- [13] 李珍. 社会保障理论(第四版)[M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2017.
- [14] 姚虹. 老龄危机背景下我国长期护理保险制度试点方案的比较与思考[J]. 社会保障研究, 2020(1): 48-56.
- [15] 吴际, 赵碧华. 我国台湾地区失智老人安养院的社会工作者角色[J]. 安徽师范大学学报(人文社会科学版), 2017, 45(4): 474-480.
- [16] 窦影. 老年长期照护服务体系完善与社会资本干预——基于失智症老年人的分析[J]. 社会保障研究, 2017(4): 63-69.
- [17] 唐钧, 冯凌, 王君. 长期照护: 概念框架、研究发现与政策建议[J]. 河海大学学报(哲学社会科学版), 2018, 20(1): 8-16+89.
- [18] 曹信邦. 中国失能老人长期护理保险制度研究——基于财务均衡的视角[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2016.

[19]陈晨, 黄万丁. 日本长期护理保险制度的经验与启示[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(2): 17-21.

注释:

1 包括承德市、长春市、齐齐哈尔市、上海市、南通市、苏州市、宁波市、安庆市、上饶市、青岛市、荆门市、广州市、重庆市、成都市、新疆生产建设兵团石河子市。

2 主要包括北京市石景山区、天津市、山西省晋城市、内蒙古自治区呼和浩特市、辽宁省盘锦市、福建省福州市、河南省开封市、湖南省湘潭市、广西壮族自治区南宁市、贵州省黔西南布依族苗族自治州、云南省昆明市、陕西省汉中市、甘肃省甘南藏族自治州、新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市。

3 第二批试点中的甘肃省甘南藏族自治州未能查询到相关政策文件。

4 安庆、上饶、盘锦未查询到相应服务项目。