

# 上海长期护理保险与医养结合模式的衔接

谭金可 黄泓森<sup>1</sup>

(华东政法大学 上海 201620)

**【摘要】**：上海试点的长期护理保险制度和医养结合模式未能实现有机融合，在一定程度上影响了解决养老问题的进程。为改变这种现状，上海应衔接长期护理保险与医养结合模式，明确制度衔接的必要性，从现阶段实践的问题入手，分析衔接的具体需求，再对衔接体系进行优化，以实现制度的紧密衔接，确保“医养护”一体化综合养老服务体系能够使老年人的养老需求从多方面得到满足。

**【关键词】**：长期护理保险 医养结合模式 制度衔接

**【中图分类号】**：C913.6.51 **【文献标识码】**：A **【文章编号】**：1005-1309(2021)04-0108-005

目前，上海是我国人口老龄化程度最高的城市之一。上海人均预期寿命随着人口老龄化加剧而相应提升，“多发、突发、频发”的老年病使老年人不堪其扰，失能、半失能老人数量不断增加。在“未富先老”和“未备先老”的社会背景下，老年人的养老、医疗和护理需求日益凸显，而我国传统的家庭养老模式难以满足新的需求。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》，发起探索建立长期护理保险制度的提议，上海及其他14个城市成为首批试点城市。长护险与医养结合模式本应是互不可分的一体，但现阶段两者结合并不紧密，而是呈现一种近乎分离的态势。因此，上海应衔接长护险与医养结合模式，并就两者衔接的必要性、具体需求以及优化方式进行研究，以期形成可持续发展的“医养护”一体化综合性养老服务模式，实现养老服务产业规模经济，保障老年人的养老服务需求能够从多方面得到满足。

## 一、上海长期护理保险与医养结合模式衔接的必要性分析

长护险与医养结合模式的脱节不利于其中任何一方的推行和发展，同时也给养老服务的一体化造成阻碍。由此可见，两者有效衔接是构建可持续养老服务体系的必要之举，其必要性主要体现在以下几个方面。

一是作为一种新时代的养老服务模式，“医疗”“养老”“护理”三方面实现战略性配合是医养结合的内在要求，<sup>[1]</sup>“护理”本身即为其中一项重要内容。家庭的核心化使得家庭的非正式照护模式不足以满足老年人长期而广泛的需求，而长护险的推行可以规范和有效扩大照护服务供给，因此长护险与医养结合的衔接可以调和照护服务的需求和供给，既满足老年人的护理需求，又降低了床位等养老服务资源的空置率。

二是医养结合模式旨在为老年人提供专业的照料、康复、保健等服务，确保老年人能够“有病治病，无病疗养”，尤其对失能、半失能老人，生活质量能够获得有效地提高。老年人群体中的失能、半失能老人是弱势的一方，也是上海长护险的目标群体，两者衔接有利于上海整合多方资源，从而向失能、半失能老人提供更加全面且更有针对性的养老服务。

---

**作者简介**：谭金可，经济学博士，华东政法大学政治学与公共管理学院副教授。

黄泓森，华东政法大学政治学与公共管理学院本科生。

**基金项目**：国家社科基金项目“养老保险双轨制改革实证评估及其法制化对策研究”（编号16CFX064）

三是随着城市化和现代化的发展，“4—2—1”的家庭结构成为普遍现象。老年人的身体机能随着年龄的增长而逐步退化，为了保障老年人的生活质量，其他家庭成员可能会因照料老人而丧失就业机会，<sup>[2]</sup>“一人失能全家失衡”<sup>[3]</sup>的状况可能会使家庭“因失能致贫”。上海长护险与医养结合模式的衔接，可以减轻家庭在养老中的负担。

四是高龄失能风险逐渐从家庭风险转化为社会共同风险，<sup>[4]</sup>具有明显的社会系统性，需要政府出台政策进行干预。为解决这一社会难题，上海出台长护险与医养结合政策，两者具有风险同源性，彼此结合可以促进政府对风险的有效控制。

五是医疗、养老和长期护理具有功能上的耦合性，其中医疗卫生是保障，养老照料是常态，长期护理是本质。<sup>[5]</sup>2016年，习近平总书记强调要建立“相关保险和福利及救助相衔接的长期照护保障制度”，此处的“相关保险”应当包括养老保险和医疗保险，即与医养结合模式有着直接联系的两类保险。由此可见，医养护理应是一个连贯的体系。上海长护险与医养结合模式的衔接能够打通其内在的关联性，实现医养护资源的功能性整合，减少相关成本损耗和政策摩擦，提高养老服务的效率。

## 二、上海长期护理保险与医养结合模式衔接的具体需求

《上海长期护理保险试点办法》（沪府发[2017]97号，以下简称“97号文”）规定上海长护险有3种服务给付形式：社区居家照护、养老机构照护、住院医疗护理，并且分别明确各自的待遇支付标准。根据老年人接受服务的具体地点，医养结合养老服务可分为社区居家型医养结合模式和机构型医养结合模式。在实践中，存在诸多阻碍衔接的问题，上海可以将问题作为导向，从社区居家和机构两个层面着手，实现长护险与医养结合模式衔接的具体需求。

### （一）增加床位的供给，平衡区域内资源

截至2019年底，上海60岁及以上的户籍老年人口为518.12万人，按照国际标准需要安排的床位数为老年人口数量的4%，故上海养老和医疗机构需要大约20.72万张床位，但目前上海养老、医疗机构分别拥有15.16万和1.61万张床位，无法满足上海老年人的床位需求。另外，上海护理床位在各区的配置不均衡。上海曾设定医疗护理床位数于“十三五”末期达到户籍老年人口数0.75%的目标。截至2018年底，上海有7个区达到标准，未实现这一目标的仍有9个区。<sup>[6]</sup>

因此，考虑到上海人口老龄化程度的不断加剧，政府应分别在社区居家层面和机构层面发力，增加家庭病床、养老机构床位和医疗机构床位的投放，以满足老年人对医养结合和长期护理的需求。与此同时，上海须注意养老资源在各区的分布状况，适时加以调整，缩小各区拥有资源的差距，力求上海各区持续稳步地完成规划目标。

### （二）多方培养专业人才，激励从业人员

上海长护险与医养结合模式衔接之后，专业的服务内容需要由专业人士提供，而现实却是养老服务的专业人员短缺。长护险与医养结合的工作艰苦、待遇不高，很多医学专业毕业生往往不愿意从事这种工作，<sup>[7]</sup>且原从业人员离职率高，来的少、走的多致使人才缺乏。就上海黄浦区而言，整个区仅有几百名专业护理人员，这不利于长护险与医养结合模式的衔接及进一步发展。此外，上海现从业人员的业务能力和专业素养普遍不高，<sup>[8]</sup>导致老年人的养老需求难以得到满足。

面对供需不匹配的现状，上海应建立人才激励机制，在人才培养和输送方面起到引导作用。政府通过职业教育规划，使医学院学生积极深入社会，改变其对养老服务行业的片面看法，促进其形成职业价值和使命感。<sup>[9]</sup>同时，上海应提高养老服务行业的薪资待遇，根据员工的证书级别和技能水平高低实行分梯度补贴。<sup>[10]</sup>对于现已从事养老工作的人员，专业机构可以开设相关课程以补充养老领域前沿技能和理论知识，扭转从业人员素质不高的局面。这样既能吸引专业人才进入行业，又能留住已从事该行业工作的人并提升其专业能力，进而保证有稳定规范的人才队伍为社区居家老人和机构养老老人提供服务，为长护险与医养结合模式的衔接提供源源不断的活力。

### (三) 多部门协作共进，明确保险范围和报销体系

虽然医疗保险、养老保险和长护险都归属于社保大类，但三者各自的出发体系不同。<sup>[11]</sup>市卫健委主管医疗，市民政局主管养老，市人社局主管长护险，市财政局审批拨款。各有分工的部门经常会因权责分界不明而各自为政，多头管理体系不便于资源整合及制度衔接，也影响了政策运行效率。目前，有些养老机构内设的医疗机构未被纳入医保范围，导致居住其中的老年人不得不使用医保卡外出配药和就医。

鉴于此，上海应当直接从管理体制入手，明确各部门职责，增强部门之间的协调和沟通。各部门可以商议制定有关长护险与医养结合设施、人员和服务的标准，打通长护险与医养结合项目经费的汇总，设立两者衔接之后的专项基金。上海应给予符合标准的养老机构一定的医保额度，将其纳入国家医保范围，以增强医养资源对老年人的可及性。专项基金的存在并不意味着上海长期护理、医疗和养老保险的费用可以混杂在一起实行统一报销，相反地，采取不同的报销体系才能避免制度衔接后多重报销的问题。

## 三、衔接体系的优化建议

社区居家层面的长期护理与医养结合符合中国人的家庭伦理和养老传统，有助于维持老年人与家庭的亲密关系和社会关系，对健康老龄化目标的实现有重要作用。而养老机构的服务专业性和便利性，又是社区居家层面所不能及的，因此，上海应鼓励符合要求的养老机构和医疗机构自由参与长护险与医养结合服务的竞争，充分发挥机构养老的优势。在满足上海长护险与医养结合模式衔接的具体需求基础上，对一些步骤和环节进行优化，使制度衔接显得更为紧凑，更有利于养老体系的持续稳定运行。

### (一) 完善长期护理保险的个人缴费机制

关于长护险的资金筹集事项，“97号文”指出参保人员的费用从各自医保统筹基金中调剂，区别仅在于不同医保参保人员的调剂比例有所不同。由此可见，上海长护险筹资渠道单一，而单纯依赖医保基金的筹资是完全的“他助模式”。上海衔接长护险与医养结合两种制度，不代表筹资渠道的相互连接，而是仍要保持彼此的相对独立，强调个人的缴费即为独立性的一种表现。<sup>[12]</sup>因此，上海应改变现有筹资形式，依照长护险“拿与给”的运作理论，实行明确个人缴费的筹资模式。同时，上海应借鉴德国的经验，适当提高个人缴费在总筹资额中的比例。<sup>[13]</sup>注重个人缴费且提高占比，是社会连带理论中个体自助性的集中体现。保险的待遇给付，建立在被保险人缴纳保费的基础之上，保险人与被保险人之间的保险关系是一种“公法上的法定债之关系”。<sup>[14]</sup>上海长护险现阶段采取的缴费方式是间接划拨方式，而被保险人直接缴费的方式更能展现保险关系的法定性和个人对筹资总额的贡献。医养结合模式涉及的养老与医疗保险在筹资环节上都强调个人缴费的责任，若上海相应地强化长护险的个人缴费，则有助于衔接体系形成可持续的筹资机制。

### (二) 丰富评估指标，保证评估结果的科学与客观

上海长护险评估机构依照《上海老年照护统一需求评估及服务管理办法》对60周岁及以上的参保人员界定等级，评估标准主要包含评估对象的自理能力、疾病状况等方面，评估结果直接关系到参保人员的给付资格、服务内容、护理时间和频次等事项。同样地，上海医养结合养老服务也需要事先对老年人的身体健康状况进行评估，将评估结果作为选择不同照料方案、康复计划等服务的依据。由此可见，针对评估对象的评估至关重要，尤其是上海长护险的评估直接事关给付资格的有无，因此评估标准的全面性和评估结果的公正性须被予以充分的重视。但是老年人的失能等级与自理能力、疾病状况间的关系并非正相关，相较于自理能力低但无特殊病史的老年人，自理能力高但疾病史多的老年人被评定的失能等级可能更高，<sup>[15]</sup>上海评估标准的客观性由此显得不足。故衔接后上海应参考青岛将重度、轻中度失智人员列为长护险保障对象的做法，<sup>[16]</sup>增加参保对象的精神状况、沟通能力等评估指标，建立完善的评估工具，确保长护险与医养结合衔接体系评估流程的公正性和客观性。上海制度衔接体系转向失能、失智人群，甚至任何有需求人群的福利常态化，<sup>[17]</sup>是未来制度演化的方向，而客观、公正的评估结果可以为此

转变保驾护航。

### (三) 提高政策文件立法等级，给制度衔接提供法律保障

现行《社会保险法》和《老年人权益保障法》未包含长护险与医养结合的具体规定。目前，党的报告、各部委意见，以及上海等其他地方的决定、通知，都不属于严格意义上的法律，顶层设计缺乏法律配套，<sup>[18]</sup>这不利于行业准则的规范和政策制度的执行。因而，国家应尽快修订《老年人权益保障法》和《社会保险法》，在修订之后的法律中规定长护险与医养结合的筹资、给付、监管等相关内容。<sup>[19]</sup>上海可以尝试在尚未规定的领域制定软法，再根据探索和实践的经验决定废止软法抑或升级为硬法。<sup>[20]</sup>上海可参考国外“立法先行”的模式，完善相关法律法规，为上海长护险与医养结合的衔接规制出可供依托的法律框架。

### (四) 增大宣传力度，发挥老年人的主观能动性

任何公共政策的有效推行都离不开目标群体的支持和参与。现阶段因政策宣传力度不够，上海民众对长护险与医养结合以及两者的衔接了解较少，导致认知偏差或者与之前的政策混为一谈。<sup>[21]</sup>老年人既是衔接体系的服务对象，又是与政府、医养服务机构同样关键的主体，老年人的积极回应会提高衔接体系的服务质量和运行效率。因此，上海应广泛宣传长护险与医养结合模式，通过举办讲座、发放宣传画册等方式使更多老年人知晓新型养老服务的福利，引导他们积极参与其中。在政策推进和制度衔接的进程中，政府和服务机构要重视与老年人的沟通，<sup>[22]</sup>充分发挥他们的主观能动性，以求产生更多的“合意”，共同构建长护险与医养结合模式衔接体系的制度网络。

### (五) 借助互联网技术优势，打造智慧养老系统

互联网技术的迅速发展，使“互联网+”成为一种趋势，智慧养老是利用互联网、大数据等现代科技让老年人的晚年生活更具尊严和价值的一种养老系统。但是囿于传统观念和老年人欠缺互联网知识的现实，长护险及医养结合模式与互联网的衔接存在短板。为了使互联网在长护险和医养结合模式的衔接中发挥积极作用，政府应加强对互联网、AI、5G 等技术的宣传力度，指导老年人使用手机等智能设备，<sup>[23]</sup>建立健康报警系统，引入智能家居，更大程度地满足老年人的医疗、养老需求和长期护理需求。“互联网+社区居家养老”有助于搭建智慧社区养老服务网络，而“互联网+机构养老”则是实现智慧机构养老的必要方式。上海应构建养老服务对接平台，实现市与区、区与区间的信息共享和资源深度融合，<sup>[24]</sup>有序加强家庭、社区和机构之间的合作，使全社会得以享受智慧养老的红利，让老年人体会到长护险与医养结合模式衔接的便利。丰富老年人的精神文化生活是智慧养老的一大特点，在衔接体系愈发健全的未来，上海可以开办远程老年大学，开设老年人感兴趣的摄影、书法等课程，<sup>[25]</sup>使老年人能感受到自我实现的价值和意义。

### 参考文献:

- [1] 邓大松, 李玉娇. 医养结合养老模式: 制度理性、供需困境与模式创新[J]. 新疆师范大学学报(哲学社会科学版), 2018, 39(1): 107-114+2.
- [2] 杨团. 中国长期照护的政策选择[J]. 中国社会科学, 2016(11): 87-110+207.
- [3] 关博, 朱小玉. 中国长期护理保险制度: 试点评估与全面建制[J]. 宏观经济研究, 2019(10): 103-111+156.
- [4] 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.
- [5] 王宏禹, 王啸宇. 养护医三位一体: 智慧社区居家精细化养老服务体系研究[J]. 武汉大学学报(哲学社会科学版), 2018,

---

71(4):156-168.

[6]程文迪,丁汉升.上海市长期护理床位配置[J].中国卫生资源,2020,23(4):356-361.

[7]陈坤,李士雪.医养结合养老服务模式可行性、难点及对策研究[J].贵州社会科学,2018(4):65-70.

[8]余西妮.上海市医养结合现状及问题分析[J].现代经济信息,2020(2):184-185.

[9]宋煜.创新养老服务人才培养方式的思考[J].中国国情国力,2020(7):54-56.

[10]杨翠迎,鲁於,杨慧.我国养老服务发展中的财政政策困境及改进建议——来自上海市的实践与探索[J].陕西师范大学学报(哲学社会科学版),2018,47(5):15-24.

[11]魏梦娟,孙焯,高程程,马俊.上海市长期护理保险与社会医疗保险制度对接路径研究[J].现代医院管理,2019,17(6):93-96.

[12]央广网.长期护理保险试点今年有望扩大三问题亟待破解决[EB/OL].[http://m.cnr.cn/finance/20190410/t20190410\\_524573736.html](http://m.cnr.cn/finance/20190410/t20190410_524573736.html),2021-02-25.

[13]黄丽娟,罗娟.长期护理保险的理论指引与体系建构[J].华东政法大学学报,2020,23(5):143-157.

[14][英]内维尔·哈里斯,等.社会保障法[M].李西霞,李凌,译.北京:北京大学出版社,2006:179.

[15]陈谦谦,郝勇.上海长期护理保险制度试点的问题与对策[J].科学发展,2020(1):108-113.

[16]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.

[17]罗娟,石雷,黄聘聘.优化长期护理保险重构上海养老服务模式[J].科学发展,2018(4):108-113.

[18]陈劲松,陈臻,蔡旭哲,彭祥林,王金凤,游东亮.医养结合实践中的法律风险及其防范[J].中华保健医学杂志,2020,22(5):553-554.

[19]海龙,尹海燕,张晓囡.中国长期护理保险政策评析与优化[J].宏观经济研究,2018(12):114-122.

[20]马伟,许学国.“软法”视角下医养结合服务所面临的问题及其对策[J].医学与法学,2019,11(6):18-21.

[21]史健勇.上海进一步完善“长护险”制度研究[J].科学发展,2019(2):97-103.

[22]封铁英,南妍.医养结合养老模式实践逻辑与路径再选择——基于全国养老服务业典型案例的分析[J].公共管理学报,2020,17(3):113-125+173.

[23]董红亚.养老服务视角下医养结合内涵与发展路径[J].中州学刊,2018(1):59-64.

---

[24]陈洁. “互联网+”背景下嵌入式“医养结合”模式优化及对策研究[J]. 科教导刊(下旬刊), 2020(9):160-162.

[25]王一. 上海市医养结合机构现状及问题剖析[J]. 统计科学与实践, 2016(8):31-33.