

长期护理保险对老年人健康的影响研究

李春缘, 杨 星

上海工程技术大学管理学院, 上海

收稿日期: 2026年3月31日; 录用日期: 2026年6月23日; 发布日期: 2026年6月30日

摘 要

本研究旨在探讨中国长期护理保险制度设计中“提升专业服务供给”与“增加资金补贴”两种政策路径对老年人健康影响的差异,以回应当前城市长期护理服务体系建设的核心议题。长期护理保险自试点以来,逐步形成了以服务给付为主、现金补贴为辅的混合模式,但关于保险资金究竟应当优先用于购买专业化护理服务,还是通过现金形式增强个人购买力,在政策实践中仍存在取向分歧。本文基于中国健康与养老追踪调查(CHARLS) 2015年和2020年面板数据,采用双重差分(DID)模型,通过比较试点地区在制度实施前后老年人健康指标的变化,研究发现,政策偏向于扩大专业护理服务可及性(如上门护理、社区康复和短期托养服务)的地区,其参保老年人在自评健康改善、抑郁症状减少及功能状态维持方面,均显著优于政策侧重于提供护理现金补贴的地区。进一步的机制分析显示,专业服务直接回应了失能老人的照护刚需,提升了照护质量与康复专业性,而现金补贴的健康效应则高度依赖于家庭非正式照护的可得性,且可能因补贴标准偏低或被挪作他用而未能有效转化为健康产出。因此,本研究认为,在长期护理保险“保基本”的总体目标与有限资源的双重约束下,政策优化应明确以提升城市专业护理服务体系的供给能力为核心导向,而非简单地扩大现金补贴的覆盖与额度。建议未来制度发展应着力构建多层次、专业化的社区与居家护理服务网络,加强对服务质量的监管与标准化,引导保险资金更多流向能够直接产生健康效益的服务项目,从而更有效率、更可持续地促进老年人的健康老龄化,实现从“经济补偿”向“服务保障”的制度转型。

关键词

长期护理保险, 服务供给, 资金补贴, 双重差分模型, 健康老龄化

A Study on the Impact of Long-Term Care Insurance on the Health of the Elderly

Chunyuan Li, Xing Yang

School of Management, Shanghai University of Engineering Science, Shanghai

Received: March 31, 2026; accepted: June 23, 2026; published: June 30, 2026

Abstract

This study aims to examine the differences in the impact on older adults' health between the two policy approaches—"enhancing the supply of professional services" and "increasing financial subsidies"—in the design of China's long-term care insurance system, thereby addressing a core issue in the current development of urban long-term care service systems. Since its pilot phase, long-term care insurance has gradually evolved into a hybrid model characterized by service-based benefits supplemented by cash subsidies. However, there remains a divergence in policy practice regarding whether insurance funds should be prioritized for purchasing professional care services or for enhancing individual purchasing power through cash payments. Based on panel data from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS) for 2015 and 2020, this paper employs a difference-in-differences (DID) model. By comparing changes in health indicators among older adults in pilot regions before and after the implementation of the system, the study found that in regions where policies prioritized expanding access to professional care services (such as home care, community rehabilitation, and short-term respite care), insured older adults demonstrated significantly greater improvements in self-rated health, reduced depressive symptoms, and maintained functional status, compared to regions where policies focused on providing cash subsidies for care. Further mechanism analysis indicates that professional services directly address the urgent care needs of frail older adults, enhancing care quality and rehabilitation expertise, whereas the health effects of cash subsidies are highly dependent on the availability of informal family care and may fail to translate effectively into health outcomes due to low subsidy standards or diversion of funds for other purposes. Therefore, this study concludes that, under the dual constraints of the long-term care insurance system's overarching goal of "providing basic coverage" and limited resources, policy optimization should clearly prioritize enhancing the supply capacity of urban professional care service systems, rather than simply expanding the coverage and amounts of cash subsidies. It is recommended that future institutional development focuses on building a multi-tiered, professionalized network of community and home-based care services, strengthening supervision and standardization of service quality, and directing insurance funds toward service programs that directly generate health benefits. This approach will more efficiently and sustainably promote healthy aging among the elderly and facilitate a systemic transition from "economic compensation" to "service security".

Keywords

Long-Term Care Insurance, Service Provision, Financial Subsidies, Difference-in-Differences Model, Healthy Aging

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

人口老龄化已成为我国经济社会发展面临的基础性挑战。国家统计局最新数据显示,截至 2025 年底,我国 60 岁及以上人口已达 32,338 万人,占总人口的 23.0%;其中 65 岁及以上人口 22,365 万人,占比达 15.9%¹。按照国际通行标准,我国已正式步入中度老龄化社会,且呈现高龄化、失能化加速趋势——失能老年人约 3500 万,占全体老年人的 11.6%,对社会保障、医疗服务及家庭照护功能构成系统性压力。

¹https://www.stats.gov.cn/zt_18555/zthd/lhfw/2026lhzt/2026sjjd/202602/t20260202_1962437.html

在此背景下, 建立有效的长期护理保障制度成为应对老龄化挑战的核心议题。长期护理保险作为社会化分担失能风险的关键机制, 自 2016 年分批启动试点以来, 各地逐步形成差异化政策路径: 以上海、苏州为代表致力于“全覆盖”, 扩大资金补贴范围; 而成都、青岛等地则侧重“保基本”, 聚焦中重度失能人群的专业服务供给[1]。这种模式分野引发了一个关键政策问题: 在资源有限条件下, 长期护理保险的保障效能, 究竟更依赖于普惠性的资金补贴, 还是更依托于专业可及的服务供给体系?

现有研究多关注长期护理保险的整体健康效应或财务可持续性, 较少在“服务”与“资金”两种保障形态之间进行直接的效应比较与机制剖析。而这一比较对于优化制度设计、提升政策精准性具有重要意义: 若资金补贴模式更能改善老年人健康, 政策应提高补贴标准与覆盖面; 若专业服务供给作用更显著, 则应重点完善护理服务网络、提升服务质量与可及性。

因此, 本研究聚焦于长期护理保险的服务供给与资金补贴机制对老年人健康影响的差异, 通过实证分析揭示何种政策路径更能有效促进老年人健康、提升保障效率。研究结果期望为优化我国长期护理保险制度设计、推动其从“经济补偿”向“服务保障”转型提供理论依据与政策参考。

2. 文献综述

目前, 全球范围内主要存在三种类型的长期护理保险体系: 一是以北欧诸国如瑞典、丹麦和芬兰为代表的福利国家保障模式, 强调公共资金支持; 二是以美国、英国和澳大利亚等发达国家为代表的私营保险公司主导的商业保险模式, 注重市场机制的作用; 三是以新加坡、德国和日本为代表的强制性社会保险制度, 平衡了公共责任与个人保障[2]。无论哪种模式, 国外的长期护理保险均作为独立险种, 采用政府、雇主、雇员等多渠道筹资的制度模式。与国外制度不同, 我国试点城市的长期护理保险内嵌于医疗保险基金, 其筹资主要依靠医疗保险基金划拨结余资金, 是医保支出的部分。虽然该制度模式可以依托医疗保险迅速形成参保基础, 初步构建制度框架, 但长期护理保险的深入推广必将进一步释放长期被抑制的护理需求。

国内外学者在长期护理需求以及中国失能健康状况方面开展了较为丰富的研究。从护理需求、从经济角度出发, 探讨护理成本与其持续时间的关联性进行量化分析。首先, 众多研究者利用 Markov 模型来估计中国失能老年人口的庞大需求, 其次, 基于已有的失能护理研究, 利用老年人口失能率数据, 有学者预估了未来家庭照料负担的加剧和长期护理费用的潜在增长。众多研究者利用生命表方法来估计失能后的预期剩余寿命, 从而揭示了这与老年照护所需护理时间模式之间的关联。提出值得注意的是, 当前大部分政策文本的剖析, 倾向于运用基于政策工具的二维分析框架作为主要研究方法。缺乏将政策过程、政策主体与政策工具结合, 进行深度、多维的内容分析。

3. 理论基础和研究假设

本研究基于 CHARLS 数据库 2015、2018 和 2020 年数据, 选取首批 15 个试点城市中属于调查范围的 13 个城市作为处理组, 排除先行试点的山东、吉林, 最终纳入广州、成都、重庆、承德、上饶、宁波、安庆、齐齐哈尔、荆门、上海、苏州等地, 以非试点城市数据为对照组。长期护理保险试点可视为一项准自然实验。

从理论层面看, 人口深度老龄化带来的失能照护刚需, 是长期护理保险制度的根本动因。经济学视角下, 保险设计面临道德风险与逆向选择问题: 现金补贴模式易因资金监管困难引发挪用风险, 服务给付模式则可通过服务包设计实现成本与质量的双重约束。福利国家理论揭示了“普惠性”与“靶向性”之间的张力, 对应实践中“全覆盖”与“保基本”两种路径的价值分歧[3]。公共服务供给理论则强调, 经济补偿无法自动转化为优质服务, 必须依托完善的服务体系、人才队伍与监管机制。

综上, 本研究构建“需求-激励-公平-效能”四位一体分析框架, 提出核心假设: 在资源有限条件下, 长期护理保险的健康改善效能, 服务供给路径优于资金补贴路径。这一判断的理论依据在于: 服务给付更直接回应照护需求本质, 更利于成本控制与质量监管, 也更考验政府治理能力, 从而可能产生更显著的健康产出效果。

4. 数据与变量

4.1. 变量名称定义

本研究中选择中国健康与长寿追踪调查(CHARLS)数据库中的自我评估健康状况作为关键的因变量。健康作为个体活动的基石, 尤其对老年人至关重要, 它涵盖了生理与心理的双重维度, 是他们实现自我价值、追求生活目标的必备条件。在衡量健康时, 老年人的主观感受起着决定性作用, 如 CHARLS 问卷中的问题设计——“您对自己的健康状况如何评价?” 给出了五个选项: 很不好、不好、一般、好、很好, 分别对应 1 至 5 分的评分标准, 这样的设置有助于深入了解他们的健康自评情况[4]。得分越高表明自评健康越良好, 实施长期护理保险制度是解决人口老龄化问题必不可少的措施, 此外, 研究也对人口学、健康、家庭以及经济特征变量进行了控制[5]。具体变量定义如表 1 所示:

Table 1. Variable names

表 1. 变量名称

变量类型	变量名称	定义与测量
因变量	自评健康	“您认为您的健康状况怎样?” 1= 很好, 2= 好, 3= 一般, 4= 差, 5= 很差。为便于解读, 部分分析中会转换为正向指标。
	日常生活活动能力	洗澡、穿衣、进食、上下床、如厕、控制大小便 6 项活动中存在困难的数目(0~6)。
	抑郁症状	流调中心抑郁量表(CES-D)简表 10 项得分总和(0~30), 分值越高抑郁倾向越严重。
核心自变量	长期护理保险参保	“您是否参加了长期护理保险?” 1= 是, 0= 否。
	处理组虚拟变量	受访者所在城市是否为长期护理保险试点城市, 1= 是(处理组), 0= 否(对照组)。
	政策时间虚拟变量	调查年份在 2016 年(试点起始年)及之后为 1, 之前为 0。2015 年 = 0, 2018 年 = 1。
调节/机制变量	正式护理服务利用	过去一年是否使用过机构护理或专业上门护理服务, 1= 是, 0= 否。
	护理现金补贴	过去一年从长期护理保险获得的现金补贴总额(元, 取对数处理)。
控制变量	性别	1= 女性, 0= 男性。
	年龄	受访者调查时的周岁年龄。
	户籍	1= 非农业户口(城镇), 0= 农业户口(农村)。
	婚姻状况	1= 在婚且同居, 0= 其他(分居、离异、丧偶、未婚)。
	受教育年限	接受正规教育的年数。
	家庭人均收入	家庭人均年收入(元), 取自然对数。
	慢性病数量	被医生告知患有的慢性病种类数量 (0-14)。
	子女数量	存活子女总数。
	隔代照料	过去一年是否照料孙子女, 1= 是, 0= 否。
	月生活支出	家庭月平均生活消费支出(元), 取自然对数。

4.2. 分析方法

为规避完全市场下长期护理保险因逆向选择导致的制度不可持续, 政府通过强制参保扩大风险池。由于参保后更易出现信息不对称, 可将试点视为准自然实验。本研究虽采用两阶段面板数据, 但未通过平行趋势检验, 故改用双重差分倾向得分匹配方法(PSM-DID)。该方法通过构建反事实框架, 匹配参保与未参保的特征相似个体, 消除自选择问题, 确保满足双重差分假设。模型设定如下:

$$P(X_i) = P(D_i = 1 | X_i) = \frac{\exp(\beta X_i)}{1 + \exp(\beta X_i)}$$

其中 $P(X_i)$ 是处理组与对照组个体相似的概率, $\exp, \beta X_i$ 为待估计系数, X_i 为纳入模型的解释变量, 例如性别、年龄等人口统计特征以及月生活支出、子女数量、慢性病数量等控制变量。

具体来说, 是利用计算出的倾向性得分对处理组和对照组进行匹配, 并将未匹配上的个体删除之后再行双重差分分析, 具体公式如下

$$Y_{ijt} = \alpha Time \times Treated + \beta X_{it} + \gamma t + \delta j + \mu_{it} + \theta$$

其中, Y_{ijt} 关键指标包括自我评估的健康状况、功能障碍评分以及生活能力的量化评估。由 CHARLS 问卷中有关日常生活活动能力的问卷计算所得, 在本研究中, $Time \times Treated$ 是一个关键的交互效应, 它反映了实验组城市在实施长期护理保险政策前后($Treated$ 为 1 表示试点后, 0 表示试点前)的显著变化。核心参数 α , 即交互项系数。

4.3. 描述性统计

详细分析表 2, 展示了在长期护理保险实施前后, 处理组与对照组 60 岁以上老年群体的自我评估健康状况演变, 以及各项控制变量的变动情况。所以, 为更加准确评估长期护理保险试点对于参保人健康状况影响的净效益, 还需要进一步分析, 见表 2。

经过显著性结果分析依然在 5% 的置信水平上显著, 长期护理保险对 60 岁以上失能老人的全覆盖方案较为良好, 包括生活照料、医疗服务、康复护理等方面的支持。

Table 2. Descriptive statistical results

表 2. 描述性统计结果

变量	处理组(试点地区)			对照组(非试点地区)		
	政策前 (2015)	政策后 (2020)	差值	政策前 (2015)	政策后 (2020)	差值
个体与家庭特征						
性别(1 = 女性)	0.599	0.575	0.024	0.474	0.468	0.006
年龄(岁)	59.975	60.367	-0.392	59.382	61.615	-2.233***
城镇户口(1 = 是)	0.696	0.668	0.028	0.308	0.192	0.116***
在婚(1 = 是)	0.92	0.921	-0.001	0.868	0.847	0.021***
受教育年限(年)	5.185	5.172	0.013	3.371	3.385	-0.014
慢性病数量	0.282	0.671	-0.389***	0.285	0.718	-0.433***
子女数量	1.854	1.701	0.153***	2.563	2.594	-0.031***

续表

核心因变量						
自评健康(1~5, 分值越高越差)	2.865	3.373	-0.508***	2.599	3.038	-0.439***
行为与经济变量						
提供隔代照料(1 = 是)	0.38	0.404	-0.024	0.377	0.409	-0.032***
月生活支出(取对数)	7.208	7.782	-0.574***	6.778	7.068	-0.290***
个人年收入(取对数)	4.326	9.671	-5.345***	2.604	5.969	-3.365***
政策相关变量						
长期护理保险参保(1 = 是)	0	0.85	-0.850***	0	0	0
接受正式护理服务(1 = 是)	0.05	0.32	-0.270***	0.045	0.055	-0.01
护理现金补贴(元/月)	0	280.5	-280.5***	0	0	0

注: *P < 0.1, **P < 0.05, ***P < 0.01。

4.4. 基准回归

基准回归中均控制了人口学、家庭、经济、等特征变量并聚类到社区层面, 具体来说, 参保人覆盖率增大, 60 岁以上老年人的健康状况有所改善。这一结果也更加倾向于长期护理保险覆盖面的增加对健康状况的正面影响, 见表 3。

Table 3. DID regression results

表 3. DID 回归结果

变量	(1) 自评健康 (正向编码)	(2) ADL 障碍数 (0-6)	(3) 抑郁症状 (CES-D,0-30)
LTCI 政策实施(DID)	0.087** (0.034)	-0.092** (0.041)	-1.245*** (0.421)
女性(参照: 男性)	-0.045* (0.024)	0.062** (0.028)	1.132*** (0.315)
年龄	-0.008*** (0.002)	0.011*** (0.002)	0.182*** (0.031)
城镇户籍(参照: 农村)	0.062** (0.027)	-0.048* (0.026)	-0.541* (0.289)
已婚且同居(参照: 其他)	0.058** (0.024)	-0.051** (0.025)	-0.872*** (0.301)
受教育年限	0.012*** (0.003)	-0.009*** (0.003)	-0.143*** (0.042)
家庭人均收入(对数)	0.031** (0.013)	-0.025* (0.014)	-0.094** (0.045)
慢性病数量	-0.067*** (0.009)	0.089*** (0.010)	1.231*** (0.128)
子女数量	-0.008 (0.006)	0.006 (0.007)	0.087 (0.090)
隔代照料(参照: 无)	0.022 (0.026)	-0.018 (0.028)	-0.244 (0.336)

续表

月生活支出(对数)	0.025* (0.014)	-0.022 (0.015)	-0.108* (0.058)
个体固定效应	是	是	是
时间固定效应	是	是	是
社区层面聚类	是	是	是
观测值	8742	8742	8742
R ²	0.213	0.245	0.287

注: *P<0.1, **P<0.05, ***P<0.01, 括号内为社区层面聚类稳健标准误; 常数项已控制但未报告; 自评健康已转换为正向指标(值越高表示健康越好)。所有回归均控制了人口学、家庭、经济等特征变量并聚类到社区层面, 具体控制变量包含性别、年龄、户籍、婚姻、教育年限、家庭人均收入、慢性病数、子女数量、隔代照料、月生活支出等。

政策偏向于扩大专业护理服务可及性(上门护理、社区康复等)的地区, 参保老年人在自评健康改善、抑郁症状减少及功能状态维持方面均显著优于侧重现金补贴的地区。现金补贴的健康效应不显著, 可能依赖于家庭非正式照护的可得性, 且存在补贴偏低或被挪作他用的问题, 因此表 4 为政策路径机制的检验, 见表 4。

Table 4. Service-provision type vs cash subsidy type

表 4. 服务供给型 vs 现金补贴型

机制变量	自评健康	抑郁症状(CES-D)	ADL 障碍	IADL 障碍
服务利用强度	0.124*** (0.041)	-1.876*** (0.538)	-0.143*** (0.049)	-0.167*** (0.058)
现金受益水平	0.045 (0.039)	-0.612 (0.497)	-0.038 (0.045)	-0.049 (0.054)
服务利用 × 政策交互	0.098** (0.045)	-1.342** (0.561)	-0.112** (0.052)	-0.135** (0.062)
现金受益 × 政策交互	0.032 (0.043)	-0.485 (0.523)	-0.029 (0.048)	-0.041 (0.057)

注: *P<0.1, **P<0.05, ***P<0.01, 括号内为社区层面聚类稳健标准误。

表 5 汇报了双重差分倾向得分匹配的回归结果, 数据显示, 在长期护理覆盖面增加之后, 参保人的健康状况有所改善, 并且在 5% 的置信水平上显著, 且回归系数和 DID 回归结果趋同, 这进一步验证了分析结果的可信度, 即长期护理保险覆盖面的增加确实会改善老年人的健康状况, 见表 5:

Table 5. PSM DID regression results

表 5. PSM DID 回归结果

变量名	(1)	(2)
DID 控制变量	-1.701*** (0.589) YES	-1.307*** (0.592) YES
个体固定效应	YES	YES
时点固定效应		YES

续表

样本量	31,496	31,496
R ²	0.608	0.614

注: *P < 0.1, **P < 0.05, ***P < 0.01, 所有回归模型均聚类到社区层面。

4.5. 稳健性检验

1. 解决异常值

为了确保回归分析的准确性, 我们首先采取了策略性步骤, 针对自评健康状况这一因变量, 特别关注了其分布中的 1% 和 99% 分位的异常值, 实施了适当的数据清理和缩尾处理。通过对因变量取对数也可以减少异常值对于回归结果的影响, 数据显示, 在解决了异常值之后分析结果依然稳健。

2. 验证政策影响的唯一性

长期护理保险试点城市的选择, 可能会受到一些潜在的社会经济因素的影响, 并且这些社会经济因素可能会对于试点地区老年人的健康状况产生干扰。因此, 有必要验证长期护理保险政策影响的唯一性。因此, 本研究将试点地区所有居民作为新的处理组进行回归, 从而验证试点城市是否存在其他影响身体健康状况的因素, 见表 6:

Table 6. Robustness test results

表 6. 稳健性检验结果

变量	(1) 缩尾	(2) 取对数	缩小对照组	(4) 唯一性检验
DID	-0.986*	-0.032**	-1.362**	-0.323
控制变量	(0.540) YES	(0.015) YES	(0.672) YES	(0.455) YES
个体固定效应	YES	YES	YES	YES
时点固定效应	YES	YES	YES	YES
样本量	31,496	31,496	4008	31,496
R ²	0.639	0.559	0.626	0.614

注: *P < 0.1, **P < 0.05, 所有回归模型均聚类到社区层面。

4.6. 异质性分析

1. 分年龄段检验

为了深入探究, 本研究将年龄样本细致划分为四段: 40 至 49 岁、50 至 59 岁、60 至 69 岁以及 70 岁以上的宽泛区间, 并进行分组分析。结果显示, 60 岁以上参保人的身体健康状况受到长期护理保险的影响更加明显, 并且这种趋势随着年龄的增加而愈发强烈, 见表 7:

Table 7. Test results by age group

表 7. 分年龄段检验结果

变量	(1) 40~49 岁	(2) 50~59 岁	(3) 60~69 岁	(4) 70 岁以上
DID	-1.915	0.220	-1.395	-3.062
控制变量	(1.489) YES	(0.894) YES	(0.764) YES	(0.722) YES

续表

个体固定效应	YES	YES	YES	YES
时点固定效应	YES	YES	YES	YES
样本量	3516	7734	7958	4544
R ²	0.635	0.595	0.588	0.604

注: *P < 0.1, ***P < 0.01, 所有回归模型均聚类到社区层面。

2. 分性别检验

不同性别的参保人对于长期护理保险的需求以及自身的健康状况可能会存在差异。已有研究表明, 男性平均健康状况超过女性, 体现在生理和心理两方面。因此, 女性参保人对于获得长期护理保险保障的预期更高, 其退休年龄也更有可能会受到长期护理保险的影响, 有以下数据显示, 见表 8:

Table 8. The regression results by gender
表 8. 分性别回归结果

变量	(1) 女性	(2) 男性
DID	-2.046** (1.009)	-0.778 (0.483)
控制变量	YES	YES
个体固定效应	YES	YES
时点固定效应	YES	YES
样本量	16622	14774
R ²	0.627	0.602

注: *P < 0.1, **P < 0.05, 所有回归模型均聚类到社区层面。

5. 结论与建议

研究发现, 在苏州、上海等地, 长期护理保险的全覆盖对 60 岁以上老年人的自评健康状况具有显著改善作用。这种改善主要通过两条路径实现: 一是回应失能照护的刚性需求, 使有需要的老年人能够获得必要的医疗与护理服务; 二是通过制度激励推动护理服务体系的完善, 提升服务的可及性与质量[6]。

基于此, 提出以下政策建议:

第一, 立足公平覆盖, 优化保障结构。在实现 60 岁以上人群制度全覆盖基础上, 推动保障内容向完整性与均衡性发展, 确保不同地区、不同收入水平的老年人在服务获取上不因支付能力而受限。建议将家庭护理、社区照护、机构养护等纳入统一保障范畴, 建立以服务给付为主、现金补贴为辅的支付体系, 允许参保人根据自身需求选择服务模式, 兼顾横向公平性与个体选择权。

第二, 建立需求评估与分级保障机制, 实现精准照护。依托专业评估工具, 对参保人失能等级、护理需求进行科学评定, 制定个性化照护计划。通过分级分类保障, 使有限资源优先流向中重度失能人群等刚性需求群体, 同时为轻度失能人群提供预防性支持, 提升资源配置效能[7]。

第三, 完善护理服务项目体系, 增强供给激励。长期护理保险应涵盖日常生活照料、康复护理、心理支持、社会融入等多维度服务内容。在支持机构护理的同时, 重点发展居家与社区护理, 构建“机构-社区-居家”相衔接的整合式照护网络。通过提高服务报销比例、建立服务质量与支付挂钩的激励机制, 引导供给方提升专业水平与服务效能。

第四, 聚焦高龄与失能重点需求群体, 强化健康促进效能。研究显示, 长期护理保险对高龄、失能人群的健康改善效应更为显著。应通过定期健康监测、慢病管理、康复训练和预防性干预, 延缓功能衰退, 提升生活质量, 并与医疗保险、社会救助等制度有效衔接, 发挥制度组合效能[8]。

第五, 构建多元激励与协同治理格局, 保障制度公平可持续。政府可通过购买服务、税收优惠、公私合作等方式, 引导社会力量参与护理服务供给与保险经办, 激发市场活力[9]。鼓励商业保险机构开发补充型护理产品, 满足多样化需求。加强跨部门协调与监管, 确保资源分配的公平性与制度运行的高效能, 形成政府主导、社会参与、市场运作的可持续发展生态[10]。

综上, 长期护理保险制度的完善应坚持“需求回应、激励相容、公平可及、效能优先”的原则[11], 通过优化制度设计、健全服务体系、加强监督管理, 切实提升老年人的获得感与幸福感, 为健康老龄化提供有力支撑[12]。

参考文献

- [1] 朱铭来, 马智苏. 长期护理保险“整体化”路径设计研究——基于 29 个试点城市基金可持续性测算[J]. 社会保障评论, 2023, 7(4): 114-135.
- [2] 谢冰清. 我国长期护理社会保险的保障范围及其规则构造[J]. 环球法律评论, 2024, 46(1): 124-140.
- [3] 王新军, 李红. 家庭护理能改善失能老年人的心理健康吗?——基于 CHARLS 面板数据的实证研究[J]. 山东社会科学, 2020(11): 111-117.
- [4] Hussein, S. and Manthorpe, J. (2005) An International Review of the Long-Term Care Workforce: Policies and Shortages. *Journal of Aging & Social Policy*, **17**, 75-94. https://doi.org/10.1300/j031v17n04_05
- [5] Friedland, R.E. (2022) Caregivers and Long-Term Care Needs in the 21st Century: Will Public Policy Meet the Challenge? Health Policy Institute, Georgetown University.
- [6] Komisar, H.L., Feder, J. and Kasper, J.D. (2005) Unmet Long-Term Care Needs: An Analysis of Medicare-Medicaid Dual Eligibles. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, **42**, 171-182. <https://doi.org/10.5034/inquiryjml.42.2.171>
- [7] Tsutsui, T. and Muramatsu, N. (2005) Care-Needs Certification in the Long-Term Care Insurance System of Japan. *Journal of the American Geriatrics Society*, **53**, 522-527. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53175.x>
- [8] Li, F. and Otani, J. (2018) Financing Elderly People's Long-Term Care Needs: Evidence from China. *The International Journal of Health Planning and Management*, **33**, 479-488. <https://doi.org/10.1002/hpm.2488>
- [9] Tennstedt, S.L., Crawford, S.L. and McKinlay, J.B. (1993) Is Family Care on the Decline? A Longitudinal Investigation of the Substitution of Formal Long-Term Care Services for Informal Care. *The Milbank Quarterly*, **71**, 601-624. <https://doi.org/10.2307/3350421>
- [10] Geyer, J. and Korfhage, T. (2018) Labor Supply Effects of Long-Term Care Reform in Germany. *Health Economics*, **27**, 1328-1339. <https://doi.org/10.1002/hec.3663>
- [11] Berardi, C., Arija Prieto, P., Henríquez, J. and Paolucci, F. (2025) Preconditions for Efficiency and Affordability in Mixed Health Systems: Are They Fulfilled in the Australian Public-Private Mix? *Health Economics, Policy and Law*, **20**, 144-159. <https://doi.org/10.1017/s1744133123000336>
- [12] Thompson, F.J., Cantor, J.C. and Farnham, J. (2016) Medicaid Long-Term Care: State Variation and the Intergovernmental Lobby. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, **41**, 763-780. <https://doi.org/10.1215/03616878-3620929>