Aging Research 老龄化研究, 2026, 13(10), 122-128
Published Online October 2026 in Hans. https://www.hanspub.org/journal/ar
https://doi.org/10.12677/ar.2026.1310734

Hans汉斯

老年照护服务连续性的现实梗阻与整合路径研究

丁倩倩

江苏大学教师教育学院，江苏 镇江

收稿日期：2026年6月28日；录用日期：2026年10月12日；发布日期：2026年10月20日

摘　要

在人口老龄化背景下，失能老年人的健康照护需求日益增长，但急性医疗服务与长期照护服务之间长期存在制度性脱节，导致服务链条在“治疗－康复－维持”的过渡阶段出现断裂，造成服务重叠与资源内耗。本研究引入制度耦合理论，剖析两大服务体系在规则、组织与功能三个维度上的脱耦逻辑，并以“治疗－康复－维持－生活照料”的老年健康需求为基础，重新厘定两者功能边界。在借鉴德国、日本、荷兰医养服务协同经验的基础上，提出以统一需求评估为枢纽、服务清单为工具、个案管理和信息整合为支撑的协同路径。研究认为，从条块分割走向有序整合，是化解照护服务内耗、实现老年人连续照护的关键选择。

关键词

长期照护服务，基本医疗保障，老年健康需求评估，失能照护

Research on Practical Obstacles and Integration Paths of Continuity in Elderly Care Services

Qianqian Ding

School of Teacher Education, Jiangsu University, Zhenjiang Jiangsu

Received: June 28, 2026; accepted: October 12, 2026; published: October 20, 2026

Abstract

In the context of population aging, the demand for health care among disabled elderly individuals is growing. However, there has long been a systemic disconnect between acute medical services and

文章引用: 丁倩倩. 老年照护服务连续性的现实梗阻与整合路径研究[J]. 老龄化研究, 2026, 13(10): 122-128.
DOI: 10.12677/ar.2026.1310734

long-term care services, leading to a fracture in the service chain during the transition phase from "treatment-rehabilitation-maintenance", resulting in service overlap and resource depletion. This study introduces the theory of institutional coupling to analyze the decoupling logic of the two service systems in terms of rules, organization, and function. Based on the elderly health needs of "treatment-rehabilitation-maintenance-life care", it redefines the functional boundaries between the two. Drawing on the collaborative experience of medical and elderly care services in Germany, Japan, and the Netherlands, this study proposes a collaborative path centered around unified needs assessment, using service checklists as a tool, and supported by case management and information integration. The study believes that moving from compartmentalization to orderly integration is a key choice to resolve internal depletion in care services and achieve continuous care for the elderly.

Keywords

Long-Term Care Services, Basic Medical Insurance, Elderly Health Needs Assessment, Disability Care

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

人口老龄化加速使失能、半失能老年人的照护需求急剧释放。据国家统计局数据，2024 年末，60 岁及以上老年人口为 31,031 万人 [1]，第五次中国城乡老年人生活状况抽样调查显示，目前我国失能老年人约 3500 万，据测算，到 2035 年，我国失能老年人将达到 4600 万，到 2050 年达到 5800 万左右 [2]。为避免长期照护需求过度挤占急性医疗资源，我国自 2016 年启动长期护理保险制度试点，试点地区从 2016 年启动之初的 15 个，扩围至 2025 年底的 92 个，当前的长期护理保险制度已覆盖约 3 亿人，累计惠及超 330 万失能群众，基金支出超千亿元 [3]。尽管试点成效显著，但面向老年人的医疗服务和长期照护服务之间的制度边界持续模糊，两者交叠运行已影响老年群体的实际受益水平。

这一矛盾并非中国独有。建立独立长期照护保障制度的国家均曾面临类似边界之争。学理上，基本医疗保障遵循治愈逻辑，着眼于医疗干预的及时有效；长期照护保障遵循照护逻辑，着眼于日常生活功能支持与生命质量的维持[1]。然而，老年人疾病与失能高度共存，医疗需求与照护需求深度交织，决定了两种服务制度不能简单割裂。边界模糊导致服务重叠与资源浪费，边界僵化又造成服务断裂。

现有研究多集中于长期照护服务的筹资、待遇等单项制度设计，对医养服务衔接阻滞的生成机理缺乏深层剖析，也未从制度整合高度提出系统化路径[2]。本研究采用理论分析与政策分析法，引入制度耦合理论，从规则、组织与功能三个维度厘清服务衔接阻滞表现及根源，借鉴德、日、荷三国的制度经验，提出适应中国制度情境的医养服务衔接路径，以期为构建整合型的老年健康照护体系提供参考。

2. 老年照护服务体系的四重衔接困境

2.1. 服务筹资的路径依赖与功能定位模糊

我国试点城市长期照护服务呈现依附式筹资特征。多数地区的长期护理保险基金多由基本医疗保障

[1]https://www.stats.gov.cn/zt_18555/zthd/lhfw/2025/2025_sjjd/202501/t20250127_1958518.html
[2]http://www.npc.gov.cn/c2/c30834/202409/t20240911_439362.html
[3]https://www.gov.cn/yaowen/liebiao/202603/content_7063938.htm

统筹基金划转，个人部分亦通过医保账户代扣代缴[3]。此举虽降低了制度初创阻力，却引发了两重负面效应。其一，筹资依附模糊了长期照护服务的制度独立性。参保人将长期照护服务视作基本医疗保障的附属项目，对两者服务边界的理解更加含混，社会层面对“照护”作为独立服务类型的认同滞后。其二，基本医疗保障本身面临老龄化带来的支出压力，其对长期照护服务的资源输送既不可持续，也模糊了两种制度的责任边界，延缓了功能的实质分离，为后续冲突埋下隐患。从制度耦合的视角来看，这属于功能层面的脱耦，两项制度在功能定位上未能形成清晰的区分与互补，反而因资源依附而相互缠绕。

2.2. 医养服务边界的模糊与待遇重叠

服务边界层面的困境最为直观。基本医疗保障的服务目录以疾病诊疗为核心，长期照护服务则围绕基本生活照料和相关护理展开。但“相关维持性护理”的表述弹性极大，各地执行随意性显著[4]。一些地方将本属医疗康复范畴的服务纳入长期照护服务范围，另一些地方则严格限定为纯生活照料。实践中，同一服务被界定为“医疗”还是“照护”，常取决于实施场所或操作者身份，而非服务本身性质。例如，压疮护理、管路维护等服务对重度失能老人属维持性需求，与急性疾病治疗性质不同，却与医疗服务的项目大面积重叠。同一服务项目可由两套制度分别给付，易诱发资源挤占与套利。更大的困难在于，医疗服务与生活照料间的模糊地带相当宽广。认知训练、安宁疗护中的舒适护理等既不属典型医疗，也未落入纯生活照料的范畴。因归属不清，导致不能有效落实政策协同治理。这集中体现了规则层面的脱耦，两项制度的服务目录、准入标准与服务规则之间缺乏清晰的边界界定和逻辑自洽。

2.3. 从医院到家庭的服务链条断裂

从服务链条看，老年人从急性治疗、恢复期康复到长期生活照料，需不同制度连续承接。基本医疗保障负责首端的急性医疗，长期照护服务承接末端的日常生活支持，而出院后仍需延续性护理的康复期，则依赖两项制度的平稳过渡。但在实际运行中，医疗保障给付随出院即止，长照评估尚未完成，两者间形成照护空档[5]。社区层面的“医养结合”服务模式试图弥合断裂，但多数情况下仍难以形成整合服务。但家庭病床由医保覆盖、日间照料与居家照护由长照或民政支持，双方在服务计划、资源配置与信息互通上各自运作，很少围绕同一老年人形成统一方案。老年人和家属需在不同系统间重复申请、多次评估，照护空白只能由家庭照料者承担。这反映了组织层面的脱耦，经办、评估与服务机构之间缺乏制度化的协调机制和信息共享渠道，无法在个案层面形成时序衔接的服务组合。

2.4. 行政管理分割与服务信息壁垒

2018 年机构改革后，长期护理保险由新组建的国家医疗保障局统一管理。这一安排在提升行政效率的同时，也可能延续了医保的管理范式，使长期照护服务在支付方式、监管逻辑上过度向医疗服务靠拢，冲淡了其社会服务属性。与此同时，失能评估由医保或民政系统各自组织，医疗机构、养老机构、社区服务之间的信息并不共享。老年人需接受来自不同系统的多次身体评估，既增加身心负担，也使各自掌握的评估信息无法汇集成完整的个体功能画像，信息壁垒进一步固化了制度分割。这既是组织层面协调机制缺失的表现，也因信息壁垒而加剧了规则层面的执行困境，是组织与规则双重脱耦的集中体现。

3. 制度耦合视角下医养服务衔接分析框架的重构

3.1. 制度耦合理论及其适切性

制度耦合(institutional coupling)源于系统论与新制度主义社会学，指不同制度通过规则协调、功能互补和资源共享，形成彼此支持的有序结构，以降低运行成本、提升整体效能。其对立概念是制度脱耦

(decoupling)则指制度虽形式并存但规则抵触、功能重叠，导致系统碎片化低效率[6]。该理论对于分析医疗服务与长期照护服务“并存但脱节”的困境具有适切性。

将制度耦合理论引入医养服务衔接的分析，确立清晰的分析框架。制度耦合在三个维度上展开。规则层面，各项制度的服务目录、准入标准与服务规则应当边界清晰且逻辑自洽；组织层面，经办、评估与服务机构之间需建立制度化的协调机制和信息共享；功能层面，在个案中不同制度依据老年人的实际需要形成时序衔接、功能互补的服务组合。三个维度相互支撑，共同构成制度间有效衔接的分析框架。

3.2. 以老年人健康需求为核心的功能边界重构

制度耦合要求对医疗与照护的功能服务边界作出清晰界定。参照世界卫生组织老年健康连续服务的分类框架，可将老年健康服务划分为四个层次[7]。其一，急性与亚急性治疗服务，以疾病治愈为目标，由基本医疗保障承担。其二，短期与中期康复服务，以功能改善为导向，目前主要由医疗保障的康复项目覆盖，未来可探索独立康复服务机制或由长期照护服务承接部分维持性康复。其三，长期维持性护理服务，针对失能、失智或慢性病稳定期老年人，以维持身体功能、预防并发症、延缓衰退为目标，涵盖压疮护理、留置管路维护、认知训练等。这类服务不以治愈为终点，具有长期持续特征，应归属长期照护服务体系，也是当前服务边界最模糊的领域。其四，生活照料服务，包括进食、穿衣、洗浴等非医疗性日常支持，属长期照护服务的核心范围。

3.3. 制度耦合的三个逻辑支点

功能划分之外，制度耦合的支撑条件亦不可或缺。本文认为以下三个条件不可或缺。其一，评估统一。以标准化、多维度的评估工具，涵盖身体功能、认知能力、医疗依赖性等，对老年人照护需求作出整体判断，是将功能划分落实到个体服务方案的前提[8]。统一的评估结果构成两项制度进入或退出的共同依据。其二，服务责任的分担与协同。处于医疗与照护服务灰色地带的维持性护理服务短期内难以完全划归任一方，可在统一评估与清单管理基础上设计成本分担安排，防止随意推诿。其三，服务过程的整合。无论服务资源来自哪项制度，均须在出院转介、等级变更、临终关怀等关键节点建立标准化协作流程，确保照护计划的连贯衔接。

4. 整合型老年照护体系的国际经验

德国、日本与荷兰三国均通过立法确立了长期照护保障与医疗保障的制度分界，并在此前提下分别形成了各具特色的衔接机制。德国侧重规则层面的法律边界划分，日本侧重功能层面的灵活协同，荷兰侧重组织层面的独立评估保障。三种模式分别对应制度耦合的不同维度侧重，为后文三国实践分析提供了比较基础。

4.1. 德国：清晰分工基础上的服务协同

德国自 1995 年实施独立的长期护理保险，与医保严格分账运营。凡属于《德国社会法典》[4]第五编(法定医疗保险)所界定的“医疗需求”，由医疗保障支付；凡属于第十一编(长期护理保险)所界定的“照护需求”，则由长期照护保障支付。法律对照护需求的定义非常明确，限于日常生活照料且须持续至少六个月。这种刚性服务边界划分，在制度创立后相当长时间内有效避免了两种服务的相互消耗[9]。这体现了典型的规则耦合，通过清晰的法律界定实现服务目录与准入标准的逻辑自洽。

但德国也逐渐发现刚性边界难以回应失能老人对整合服务的需求。近年来，德国通过引入“照护强

[4]https://en.wikipedia.org/wiki/Social_security_in_Germany

度”概念，在试点中允许医疗保险和长期照护保险联合预算以支持复杂个案的跨制度整合，但前提是统一评估与清晰归账。德国的经验表明，规则耦合是制度整合的基础，但仅有规则耦合不足以应对复杂个案，需要辅以功能层面的有限协同。

4.2. 日本：服务分类精细化管理

日本介护保险始于 2000 年，其与医疗保障的关系呈现出服务边界清晰但有局部共担的特色。原则上医疗行为由医疗保险支付，介护服务由介护保险支付。但日本认识医养难以完全分离，因此在介护老人保健设施和介护医疗型设施中设置协同机制。在这些设施中，医疗处置的费用由医保负担，生活照料和功能训练由介护保险支付，后者亦承担部分维持性康复的费用[10]。日本制度设计依赖照护等级与医疗依存度两项标准，医疗依存度高者可在介护保险内获得“医疗型短期入所”等专门服务，费用按项目分账。政府定期对介护保险支出进行交叉审查，以防止费用不当转移。日本模式体现了规则耦合与功能耦合的互构与互促，以精细的服务清单维护规则清晰，同时通过分账安排实现功能层面的协同。

4.3. 荷兰：独立评估作为服务衔接的基石

荷兰以《特别医疗支出法案》[5]《社会支持法》[6]《医疗保险法》[7]构成阶梯式的老年健康保障体系，分别覆盖重度照护、社区参与与医疗护理。独立于各服务供给方的“照护需求评估中心”(CIZ)是衔接三项制度的关键，依据统一评估框架对申请人的照护需求进行综合评定，直接裁定其进入哪一类制度、获得何种服务组合，裁定对各保障方具有约束力，减少了制度间的推诿[11]。荷兰的实践说明，专业、统一且独立的评估机制是解决服务衔接问题的基础性制度安排。当评估权力从各服务供给方剥离、集中于公共机构后，老年人无需在多套制度间奔走，服务边界在个体层面获得了权威界定。荷兰模式的核心在于组织耦合，以独立评估机构的制度化设置，从根本上解决评估互认和信息共享的组织障碍，为规则与功能耦合提供了组织保障。

德、日与荷兰三国在评估主体、资金来源、服务边界界定方式、协调机制及制度弊端等方面的差异与共性，可归纳为表 1。

Table 1. Comparison dimension of long-term care systems in Germany, Japan, and the Netherlands
表 1. 德、日、荷三国长期照护制度比较维度

比较维度	德国	日本	荷兰
评估主体	医疗保险医事服务处	市町村认定审查会	照护需求评估中心(CIZ)
资金来源	护理保险缴费，与医保分账	介护保险缴费 + 国库负担(约 50%)	WLZ 框架下社会保险缴费(OECD 最高)
服务边界界定方式	《德国社会法典》五/十一编严格区分	照护等级 + 医疗依存度双重标准	三法阶梯式保障，CIZ 裁定准入
协调机制	刚性边界 + 试点联合预算	设施内按项目分账结算	CIZ 独立裁定，具制度约束力
制度弊端与当前争议	资金缺口扩大、缴费率攀升、代际公平争议	费用膨胀、护理员严重短缺、地区差异	支出占 GDP 最高、去机构化成本转移、营利资本进入

综观三国实践，制度耦合的关键在于清晰的功能界定与有效的评估基础设施。对中国的启示在于，规则层面借鉴德国立法先行，以服务清单厘清边界但保留弹性；组织层面借鉴荷兰独立评估，探索统一

[5]https://www.yjhealthy.com/sys-nd/174.html
[6]https://www.government.nl/themes/family-health-and-care/care-and-support-at-home/social-support-act-wmo
[7]https://business.gov.nl/regulations/health-care-insurance/

标准、分级实施；功能层面借鉴日本精细分账，警惕“介护崩溃”之虞；而贯穿始终者，须将筹资多元性、代际公平与人力队伍建设作为制度基础设施前置纳入设计。

5. 促进老年人医养服务有效衔接的整合路径

5.1. 建立统一的老年照护需求评估体系

衔接的起始环节是评估。在全国层面统一失能等级评估标准并向“老年照护需求综合评估”拓展，是基础性工作。评估维度须涵盖日常生活活动能力、认知功能、精神行为症状、医疗依赖性及社会支持状况等，形成多维功能评估结果。评估结果应同时作为长期照护服务与基本医疗保障相关服务的准入依据，实现两项制度的评估互认。这是规则耦合的核心要求，即建立两项制度共同认可的准入标准。评估主体的中立性至关重要，可探索由卫健、医保、民政共同委托的第三方评估中心，参照荷兰照护需求评估中心的经验，避免评估结论受部门利益影响。统一评估为规则衔接提供依据，亦为组织协调创造条件，是推进服务整合的起点。

5.2. 以清单管理明晰老年人医养服务边界

在统一评估的前提下，由国家主管部门组织多领域专家，制定“长期照护服务医疗护理服务正面清单”和“基本医疗保障长期照护服务负面清单”。正面清单列明长期照护服务可支付的长期维持性质的护理项目，如留置管路护理、重度压疮护理、失智症认知维持训练等。负面清单则明确基本医疗保障不予支付的长期维持性护理项目，防止医疗资源被不当挤占。清单管理的实质是通过规则层面的制度设计，消除服务目录的重叠与冲突，实现规则耦合。

清单应配套动态调整机制，每两年结合临床实践和卫生经济学评价进行修订。对于清单暂时未能覆盖的边界性服务项目，过渡期内可允许地方通过联席会议进行个案裁定，为清单的后续完善提供依据。

5.3. 实现从医院到社区和家庭的老年人照护服务连续性

服务衔接的核心是消除老年人在服务链上的断裂点。老年患者出院时若存在延续性护理需求，应由责任护士或个案管理师在出院计划中标注，并立即启动长期照护服务评估。在正式评估结论下达前，可设置过渡性护理服务，由长期照护服务体系限额预付，避免照护空窗。这一设计旨在建立两项制度在服务链条关键节点上的标准化协作流程，是组织耦合在操作层面的具体体现。

医养结合机构应推行统一收费与分类结算制度。同一老年人接受的医疗服务和照护服务，由机构在后台按服务项目分类结算，老人及其家属只面对一个服务端口。在社区居家层面，应鼓励家庭病床与居家照护服务协同，医疗保障与长期照护保障按比例分担服务成本，促进医养服务的实质性融合。

5.4. 老年人个案管理与服务整合

个案管理是弥合制度裂缝、实现服务协同的柔性手段。为重度失能、失智或高频使用医疗与照护资源的老人配备专业个案管理师，由其统筹医疗、照护与社区康复等多方资源，制定并动态调整个人整合照护计划。个案管理师的核心职能是在个案层面实现不同制度服务的时序衔接与功能互补，这正是功能耦合在微观层面的实现。个案管理师的具体职责包括协调评估申请、对接各项服务资源、监督服务质量、处理跨制度服务争议等，相关服务成本可由长期照护保障体系或公共卫生经费列支。个案管理制度将制度层面的衔接落实为具体的服务协调过程，使老年人获得连续照护。

5.5. 跨制度协调与信息共享的治理机制

治理层面，国家和试点城市两级可建立由医保部门牵头，卫健、民政、财政等部门参与的老年照护

服务衔接联席会议，负责审议调整服务清单、裁定跨制度服务争议、审核地方试点方案等，为服务边界纠纷提供协商渠道，避免老年人因部门权责不清而权益受损。该机制为规则、组织和功能三维耦合提供了制度化的治理平台。技术支撑方面，应加快构建老年人照护信息共享平台，整合医保结算、照护评估、公共卫生、养老服务补贴等数据资源，在确保隐私安全的前提下为统一评估、清单管理和个案管理提供数据基础。信息共享平台是组织耦合的技术基础设施，为规则执行和功能协同提供了数据支撑。推进步骤上，应分阶段展开。短期选取条件成熟地区先行试点评估互认与清单管理；中期在长护险立法中设专章明确服务衔接规则；远期探索建立统一的老年照护保障框架，将护理服务、长期照护与养老服务补贴纳入同一制度体系，从根本上实现老年健康服务的整合。

5.6. 整合路径实施的现实约束与渐进策略

整合路径的落地实施面临多重现实约束。政治层面，医保、卫健、民政等部门间的权责博弈与数据壁垒可能导致选择性执行；经济层面，地方财政能力分化使评估体系建设和信息平台运维面临投入不均的困境；社会层面，专业评估人员与个案管理师的结构性短缺使制度设计面临有岗无人的风险；技术层面，医疗与养老信息系统标准不统一，且敏感数据共享与隐私保护之间的平衡尚需审慎安排。因此，整合路径的推进须采取制度框架先行、地方试点突破、经验逐步推广的渐进策略，将转型成本与执行落差纳入制度设计的先期考量。

6. 结语

长期照护服务与基本医疗保障的关系关乎老年照护体系的整体效能。前述分析表明，衔接阻滞的根源在于医养服务功能边界长期模糊且缺乏跨制度协调机制。本文借助制度耦合理论，以“治疗”与“维持”的功能划分为核心原则，从统一评估、清单管理、服务连续性、个案管理与跨部门协同五个方面，探讨了从碎片化运行走向有序整合的路径。本文的贡献在于具体分析了衔接阻滞的多重表现，并借助制度耦合理论建立了兼顾学理与实践的分析框架。本研究属规范性理论研究，未对试点城市展开实证分析，所提路径的实施条件、运行成本及潜在障碍，仍有待后续政策试验或案例比较研究加以检验。

参考文献

[1] 王莹, 刘慧君. 我国老年整合照护的典型模式比较与优化路径[J]. 人口与经济, 2026, 47(2): 103-116.

[2] 梁瑜璠, 王岳. 长期护理保险与基本医疗保险制度衔接机制研究[J]. 卫生经济研究, 2026, 43(2): 77-80+84.

[3] 李雨畅, 俞清源, 陈星宇, 等. 积极推进长期护理保险制度建设的思考: 基于我国 49 个长期护理保险试点城市的政策分析[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(7): 82-87.

[4] 洪振家, 吴成卓. 医养结合背景下社区照护服务对老年人健康的影响[J]. 中国卫生事业管理, 2025, 42(4): 375-380.

[5] 马婧馨, 杨荣, 刘力滴, 等. 连续性照护定量评估指标及应用研究进展[J]. 中国全科医学, 2025, 28(10): 1179-1184.

[6] 何东霞, 何一鸣. 文化与制度耦合: 一个文献综述[J]. 学术研究, 2006(10): 40-47+147.

[7] World Health Organization (2015) World Report on Ageing and Health. WHO.

[8] 汪连杰. 农村“双困”老年人长期照护: 需求评估、成本测算与保障机制[J]. 兰州学刊, 2021(1): 187-200.

[9] 徐青松. 老年长期照护保险法律制度的国际经验与中国实践[J]. 军事护理, 2025, 42(7): 1-3.

[10] 王雯, 朱又妮, 叶银. 老年人社区整合型照护服务: 国际经验与治理借鉴[J]. 西安财经大学学报, 2022, 35(2): 94-106.

[11] Maarse, J.A.M. and Jeurissen, P.P. (2016) The Policy and Politics of the 2015 Long-Term Care Reform in the Netherlands. *Health Policy*, **120**, 241-245.