

嵌入性整合：广州市长期护理保险制度的运行逻辑与优化路径

余沛林*, 徐 强#

华南农业大学公共管理学院, 广东 广州

收稿日期: 2026年4月23日; 录用日期: 2026年6月22日; 发布日期: 2026年6月30日

摘 要

人口老龄化加速背景下, “一人失能、全家失衡”问题日益突出。广州市自2017年启动长期护理保险试点以来, 在参保覆盖、资金筹集、服务供给等方面取得明显进展。研究整合嵌入性理论与福利多元主义理论, 构建“嵌入性整合”的分析框架, 从经济、人口、文化、空间四个维度的要素嵌入, 以及政府、市场、社会组织、家庭四类主体的协同互动出发, 剖析广州市长护险制度的运行逻辑。研究发现, 制度遵循“要素嵌入-主体协同-效能生成”的运行逻辑, 通过四维适配融入地方场域, 形成多元主体协同网络。针对筹资可持续性、服务供需匹配、人才储备等现实困境, 研究从深化制度嵌入、健全协同机制、完善供给体系三方面提出优化路径, 以期完善超大城市长护险制度提供参考。

关键词

长期护理保险, 嵌入性整合, 福利多元主义理论, 广州市, 人口老龄化

Embedded Integration: The Operational Logic and Optimization Pathways of Guangzhou's Long-Term Care Insurance System

Peilin Yu*, Qiang Xu#

School of Public Administration, South China Agricultural University, Guangzhou Guangdong

Received: April 23, 2026; accepted: June 22, 2026; published: June 30, 2026

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 余沛林, 徐强. 嵌入性整合: 广州市长期护理保险制度的运行逻辑与优化路径[J]. 社会科学前沿, 2026, 15(6): 757-768. DOI: 10.12677/ass.2026.156531

Abstract

Against the backdrop of rapid population aging, the issue of “one family member’s disability throwing the whole family off balance” has become increasingly prominent. Since launching its Long-Term Care Insurance (LTCI) pilot in 2017, Guangzhou has made significant progress in coverage expansion, fund pooling, and service provision. Integrating embeddedness theory and welfare pluralism theory, this study constructs an “embedded integration” analytical framework to examine the operational logic of Guangzhou’s LTCI system from two dimensions: the embeddedness of economic, demographic, cultural, and spatial factors, and the synergistic interactions among the government, market, social organizations, and families. The study finds that the LTCI system follows an operational logic of “factor embeddedness-actor synergy-effectiveness generation”, adapting to local contexts through four-dimensional embeddedness and forming a multi-actor collaborative network. In response to practical challenges such as financing sustainability, supply-demand mismatches, and workforce shortages, this study proposes optimization pathways in three areas: deepening institutional embeddedness, improving collaborative mechanisms, and refining the service delivery system. The findings aim to provide theoretical and practical references for improving LTCI schemes in megacities.

Keywords

Long-Term Care Insurance, Embedded Integration, Welfare Pluralism Theory, Guangzhou, Population 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. 问题的提出

根据民政部、全国老龄办发布《2024 年度国家老龄事业发展公报》¹数据,截至 2024 年末,全国 60 周岁及以上老年人口 31,031 万人,占总人口的 22.0%。由于年龄增长、机能下降,以及可能的疾病、事故等原因,不少老年人失去生活自理的能力。“一人失能、全家失衡”已成为失能老人家庭面临的主要困境,对民生福祉与社会发展构成挑战。长期护理保险(简称“长护险”)因其作为应对失能风险的重要制度安排,被提上国家战略层面。2016 年,人力资源社会保障部办公厅印发《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》²,正式启动长护险试点工作。此后政策导向持续强化,“十五五”规划中明确提出“推行长期护理保险”。2026 年 3 月,中共中央办公厅、国务院办公厅印发《关于加快建立长期护理保险制度的意见》³,标志着长护险制度从试点正式迈入全国全面建制的新阶段。

作为首批长护险制度试点城市,广州市于 2017 年 8 月 1 日正式试点实施。截至 2025 年 6 月底,广州市参保人数达 1229.7 万人,累计超过 13 万名失能人员享受待遇,基金累计支出超 51.8 亿元,并建立了 269 家长护险定点医疗机构。广东省内,梅州、惠州、汕头、汕尾等地市陆续跟进推行,广州市长护险的先行经验对广东省乃至我国具有一定的参考价值。

¹https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202507/content_7033724.htm

²https://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/shehuibaozhang/zcwj/201607/t20160705_242951.html

³https://www.gov.cn/yaowen/liebiao/202603/content_7063789.htm

然而在实践中,广州市长护险制度也暴露出筹资可持续性压力大、服务供需存在差距、护理人员储备不足、多元主体协同参与机制不健全等问题。因此,厘清广州市长护险制度的运行逻辑及其面临的困境,探索其优化路径,对于减轻失能家庭照护负担、促进社会和谐稳定具有实践意义。

2. 文献回顾与理论框架

2.1. 文献回顾

国内外关于长期护理保险的研究已形成丰富积累。国外研究聚焦于社会保险型、商业保险型的比较,关注筹资模式、服务供给质量评估以及非正式护理的作用[1]。国内研究则伴随试点进程,集中于制度设计、筹资机制、服务供给体系、评估监管等方面。现有文献为理解长期护理保险的运行逻辑与优化方向积累了重要基础,为本研究提供了可资借鉴的学术脉络。

2.1.1. 关于长护险制度运行逻辑与外部环境适配的研究

现有研究观察到,长期护理保险制度的有效运行需与地方具体情境相适配。长护险试点在具体的场域中面临的问题各不相同,其原因除制度设计外,亦与其他因素相关。经济因素,部分试点地区长护险基金可持续性压力凸显,其背后是地方经济结构、财政能力与医保基金结余状况的综合反映[2]。人才和产业因素,长护险服务供给有效落地面临的难题,常被归结于受当地养老护理产业的成熟度、专业人才储备等的制约[3]。文化因素,家庭作为长期照护的基础单元,其行为决策易受传统伦理观念的影响,可能促进家庭内部的非正式照料,也可能在观念上排斥社会化服务,进而影响长护险实际效果发挥[4]。

2.1.2. 关于长护险多元主体角色与协同参与的研究

长期护理保险涉及多方利益主体,其有效服务供给依赖于多元行动者网络。学界认为,政府、市场、社会组织与家庭在长护险体系中扮演着不同且互补的角色[5]。现有研究在强调多元共治必要性的同时,也揭示了主体协同过程中的现实困境,包括部门间政策衔接不畅、市场服务机构质量参差不齐、社会组织能力有限、家庭照护负担较重等[6]。主体间的资源如何有效链接、行动如何形成合力,仍是一项亟待探讨的议题。

2.1.3. 关于广州市长护险制度发展实践的研究

作为长期护理保险首批试点城市,广州市的经验受到较多关注。关于广州市长护险发展的探讨,多集中于对其政策文本的解读、实施数据的描述和相关成效的梳理[7]。这些工作呈现了广州市在扩大参保覆盖、构建服务网络等方面取得的进展[8],同时也指出了其在筹资渠道、服务供需匹配、专业队伍建设等方面面临的挑战。但总体而言,针对广州市长护险制度的学术研究仍显不足。多数分析未能将广州市长护险面临的具体问题,置于经济发达、人口结构复杂、文化观念多元的超大城市背景下。换言之,广州市长护险制度的困境有何特殊性?其运行逻辑有何独特之处?这要求将广州的长护险置于一个能够兼顾“地方情境”与“主体互动”的分析框架下加以研究。

2.1.4. 文献述评

既有关于长期护理保险的研究涉及面广,为探究长期护理保险的运行逻辑提供重要的学理指导。但仍存在以下三点不足:一是理论支撑较为薄弱,缺乏系统性的分析框架阐释长护险与社会各要素间的互动逻辑。二是研究视角较为单一,多从筹资、服务等单一维度切入,较少整体性把握长护险如何嵌入经济、文化、人口等要素之中,且对多元主体的协同机制探讨不够深入。三是针对广州市这一试点城市,特别是其财政补贴机制与医疗资源的关系研究仍显薄弱。为此,本研究拟引入嵌入性理论与福利多元主义理论,尝试基于理论构建“嵌入性整合”的分析框架,以厘清广州市长护险制度在地方情境中的运行逻辑与嵌入过程。

2.2. 嵌入性整合视角下长护险制度运行逻辑

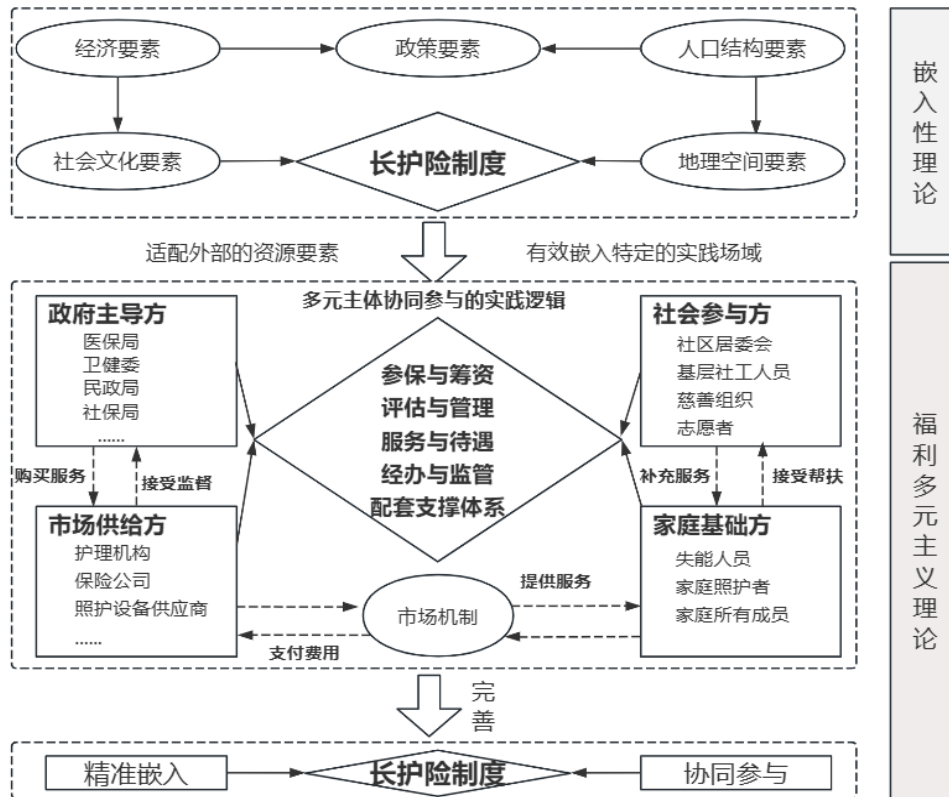
2.2.1. 理论基础

“嵌入性”由波兰尼在《大转型》一书中首次提出,强调经济嵌入于政治、法律和道德框架中。格兰诺维特进一步发展了这一理论,将个体与组织的经济行为置于社会网络语境中分析,强调社会关系、信任机制与规范对经济互动的重要影响[9]。

“福利多元主义”首次见于1978年的《沃尔芬德的志愿组织的未来报告》。该理论主张福利供给由政府、市场、社会组织和家庭等多元主体共同承担,通过合作机制提升福利供给的精准性、可及性与可持续性[10]。在中国语境下运用该理论,是强调在政府主导地位不变的前提下,优化多元主体的功能分工与协作效率。

2.2.2. 嵌入性整合视角下长护险制度的运行逻辑

嵌入性理论关注制度与环境的适配关系,福利多元主义侧重于供给主体的协同,两大理论分别回答了“制度如何落地”与“谁来提供服务”的问题。因而本研究整合两大理论,构建“嵌入性整合”分析框架(见图1)。其内在逻辑可概括为:要素嵌入提供结构性条件,主体协同构成过程性动力。嵌入性理论强调制度需与地方的经济、人口、文化、空间要素相互调适,福利多元主义强调政府、市场、社会组织、家庭的协同参与。要素嵌入为主体协同提供场域,主体协同则推动长期护理保险制度落地,二者互动共同形塑长护险制度的实践效能。遵循“要素嵌入-主体协同-效能生成”的运行逻辑,长护险制度在地方社会网络中得以扎根并完善,最终惠及广大失能老年群体。



图片来源: 本研究自行绘制。

Figure 1. Operational logic of long-term care insurance from the perspective of embedded integration

图1. 嵌入性整合视角下长护险的运行逻辑

3. 研究设计

3.1. 研究方法与案例选择

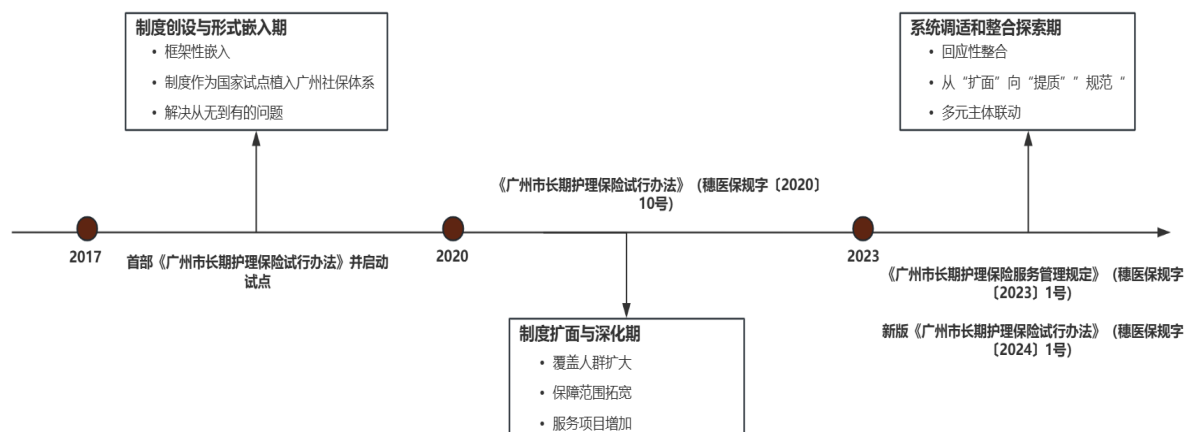
案例研究方法适用于学理探索与理论构建，能够从实证材料中提炼出对既有理论的新启示。本研究的问题是广州市长期护理保险制度如何有效嵌入特定场域，并与各要素、多主体形成联动，在已有文献中未深入讨论且归属于案例研究中“怎么样”的问题范式^[11]，因此本研究采用单案例研究法。

选取广州市长期护理保险制度为研究对象，主要基于以下两点考量：一是案例的典型性。广州市长护险制度试点时间早、实践较为丰富，制度覆盖面逐步扩展，形成了涵盖参保、筹资、评估、服务、经办等全流程的框架。二是案例的动态性和复杂性。广州市作为超大城市，常住人口超 1700 万，人口高基数、高流动性、社会结构高异质性是其重要的特征，能为研究长护险制度提供一个包含复杂影响因素的观察场域，反映超大城市的共性难题与自身人口结构带来的个性挑战，也能为同类城市应对特殊情境提供方案。

研究资料主要来源于两个方面：一是政策文本，收集广州市医保局、民政局等发布的《广州市长期护理保险试行办法》⁴《广州市老年人照护需求综合评估规范》⁵及历次修订文件；二是统计数据，整理广州市医保局公开的参保人数、定点机构分布、基金收支等官方数据，以及主流媒体报道和行业研究报告。通过对政策文本的梳理与统计数据的分析，把握广州市长护险制度的运行现状。

3.2. 广州市长期护理保险制度的发展历程

根据政策文本梳理，发现广州市长护险制度经历了三个阶段，见图 2。2017~2019 年的制度创设期，覆盖职工医保参保群体及重度失能人员，初步推出机构与居家护理服务；2020~2022 年为扩面深化期，将保障延伸至城乡居民及中度失能人员，建立差异化筹资机制；2023 年至今属于提质规范期，形成多维评估框架，细分居家护理类别，深化多元共治格局。



图片来源：根据广州市 2017~2025 年发布的《广州市长期护理保险试行办法》及历次修订文件整理绘制。

Figure 2. Development history of Guangzhou's long-term care insurance system

图 2. 广州市长期护理保险制度的发展历程

4. 嵌入性整合视角下广州市长护险制度的运行逻辑

广州市长护险制度与地方各要素及多元主体的互动相互塑造，其实践遵循要素嵌入、主体协同、效能生成的逻辑展开。制度在嵌入地方要素时会遭遇结构性阻力。

⁴https://www.gz.gov.cn/gfxwj/sbmgfxwj/gzsylibzj/content/mpost_9425474.html

⁵https://www.gz.gov.cn/zfjg/gzswsjkwyh/tzgg/content/post_10570346.html

4.1. 要素嵌入：制度运行的适配逻辑

广州市长护险的平稳运行，体现了与地方的经济、人口、文化、空间等要素深度互嵌、动态适配的过程，各要素通过不同维度的作用，共同塑造广州市长护险的实践样态。

经济嵌入层面，现行筹资模式主要以医保基金的划转为主，财政补贴、个人缴费比例相对较低。这一模式在广州市得以形成并持续，与广州特定的地方财政结构和医保基金状况密切相关。一方面，广州市医保基金历史结余相对充裕，为医保基金划转提供了现实可行性；另一方面，地方政府在改革初期倾向于选择“财政低负担”的路径，以减小对地方一般公共预算的压力。此外，医保基金划转模式借助了企业和职工对医保体系的已有信任基础，降低了新制度的认知门槛和推行成本。然而，这种深度嵌入医保体系的筹资结构，也产生了较强的路径依赖。长护险的资金供给被长期框定在医保体系的运行逻辑内，制度发展缺乏独立的筹资增长机制，面对日益严峻的老龄化趋势，其可持续性面临较大考验。

人口嵌入层面，作为人口规模巨大的城市，广州市人口的高流动性、高异质性决定了长护险制度的基本框架。广州市长护险基金主要通过单位缴费、个人缴费和财政补助进行筹集。在制度设计中，由于城镇职工与城乡居民的缴费能力存在较为明显的差异，因而对这两类参保群体实行差异化的筹集标准。职工参保群体由单位缴费和个人缴费构成；居民参保人员则由个人缴费部分和财政补助部分从城乡居民医保基金中划转，详见表 1。与 2017 年试点初期相比，筹资渠道由单一医保基金划转扩展为单位、个人、财政三方共担；居民参保从无到有，2020 年起纳入保障范围。

Table 1. Enrollment structure and financing standards of Guangzhou's long-term care insurance

表 1. 广州市长期护理保险参保结构与筹资标准

参保类别	单位/财政缴费费率	个人缴费费率(分年龄)	缴费来源
职工参保	0.15%	未满 35 周岁：0%	单位：医保统筹基金划转 个人：医保个人账户代扣
		35~45 周岁：0.02%	
		满 45 周岁至退休：0.08%	
		退休人员：0.12%	
居民参保	财政补助 0.15%	个人缴费 0.15%	个人缴费 + 财政补助从城乡居民医保基金

资料来源：广州市人民政府网站。

针对户籍与非户籍常住人口并存的现实，广州市采取了参保资格与基本医疗保险挂钩的策略。这一设计扩大了保障覆盖面，将流动人口的失能风险纳入正式保障体系。伴随着老年人口失能原因的多元化，照护需求从侧重生理功能的失能评估，向涵盖能力、健康、社会支持等多维度的综合评估完善，体现了向失能老人差异化照护需求的深层嵌入[12]。加之，广州市非户籍常住人口占比近半，部分非户籍人员因就业不稳定、医保关系断续，在申请评估时面临材料繁琐、流程较长等实际困难，这是广州市与青岛、南通等户籍人口占主导的长护险试点城市的明显区别。

文化嵌入层面，“孝”文化所强调的家庭责任，与现代社会化护理之间存在张力。为化解这一冲突，广州市长护险在支付政策上向居家护理倾斜，职工参保人居家护理基金支付比例达 90%，居民参保人达 85%，高于机构护理支付比例(见表 2)；设备使用费按失能等级分级支付，等级越高支付比例越高，契合重度失能人员的差异化需求；与 2017 年试点初期相比，居家护理支付比例由 70%提升至 90%，政策支持力度持续加大。同时将心理慰藉纳入生活照料服务项目，契合家庭照护中情感支持的需求，实现文化观念的柔性适配。

Table 2. Payment structure and proportion of Guangzhou's long-term care insurance fund**表 2.** 广州市长护险基金支付结构与比例

费用类别	参保类型	机构护理基金支付比例	居家护理基金支付比例
生活照料费	职工	75%	90%
	居民	70%	85%
医疗护理费	职工	75%	90%
	居民	70%	85%
按失能等级支付：			
设备使用费	职工/居民	3 级：90%	同机构护理比例
		2 级：85%	
		1 级：80%	

资料来源：《广州市长期护理保险试行办法》。

空间嵌入层面，广州市下辖 11 个区的养老服务资源分布不均，海珠区、白云区等中心城区定点机构占比分别为 18.6%、15.4%，从化区、南沙区仅为 2.8%、2.0%，见表 3。广州市中心集中了较多的护理机构和护理人员，而远离中心城区则面临养老照护资源的短缺。这种空间分布的不均衡，使得远郊失能家庭在服务选择上较为有限，政府即便想加强监管也面临“无人可管”或“不敢管太严”的两难处境。空间资源嵌入的失衡，导致远郊失能家庭难以公平可及地享受制度红利，制度的普惠性在空间维度上被削弱。

Table 3. Regional distribution of designated service institutions for long-term care insurance in Guangzhou**表 3.** 广州市长期护理保险定点服务机构区域分布情况

区划	计数	占比
海珠区	47	18.6%
白云区	39	15.4%
荔湾区	34	13.4%
天河区	30	11.9%
越秀区	24	9.5%
番禺区	21	8.3%
增城区	18	7.1%
黄埔区	15	5.9%
花都区	13	5.1%
从化区	7	2.8%
南沙区	5	2.0%

资料来源：广州市医保局公开统计数据。

4.2. 主体协同：长护险制度运行的整合逻辑

在嵌入特定地方要素的过程中，制度效能的发挥依赖于多主体力量的整合。而从现实权力结构看，政府在资金分配、规则制定与监管考核上占据主导权，市场、社会与家庭更多是在政府设定的边界内参与服务供给与需求表达。

4.2.1. 政府主导

广州市医保局、卫健委、民政局等多部门联合制定《广州市长期护理保险试行办法》《广州市老年人照护需求综合评估规范》等政策, 构建了参保、筹资、评估、服务、待遇、经办等环节的制度框架。

资源调配上, 广州市政府通过财政补助、医保基金划转保障资金供给。监管上, 引入第三方机构开展服务巡查、质量评估, 借助数字技术进行服务监管, 针对长护险基金使用、服务质量等进行动态管理 [13]。对定点机构实行年度考核, 考核结果与费用清算挂钩; 对失能评估过程全程监控, 有助于确保评估结果公平公正。政府主导作用贯穿长护险制度运行全流程, 保障其有序运转。

4.2.2. 市场响应

各类养老护理机构、商业保险公司作为长护险服务的重要供给者, 其行为在市场机制的约束下进行。机构护理方面, 142 家机构护理类定点机构提供生活照料与医疗护理一体化服务, 为长护 3 级重度失能人员提供每日上门的 A 类护理, 以满足高频次、高强度护理需求; 居家护理方面, 91 家居家护理类定点机构按失能等级提供差异化服务, 长护 2 级职工参保人每月享受不低于 12 次服务、28 小时服务时长, 长护 1 级职工参保人每月不低于 4 次服务、8 小时服务时长, 精准匹配不同失能等级需求。同时, 评估维度由原单一 Barthel 指数扩展为能力、健康、社会支持三维综合评估, 待遇有效期与失能等级挂钩更加精细。详见表 4。

Table 4. Correspondence between disability assessment and benefits of Guangzhou's long-term care insurance
表 4. 广州市长护险失能评估与待遇对应关系

失能等级	评估对象与条件	可享受待遇类型	待遇有效期/频次
长护 1 级 (轻度失能)	失能状态持续 6 个月以上, 经评估符合条件	生活照料(C 类居家护理或机构护理) 设备使用(可选)	最长 12 个月
长护 2 级 (中度失能)	同上, 存在特定医疗护理需求	生活照料(B 类居家护理或机构护理) 医疗护理 设备使用(可选)	最长 24 个月
长护 3 级 (重度失能)	同上, 医疗护理需求更明显	生活照料(A 类居家护理或机构护理) 医疗护理 设备使用(可选)	长期, 定期复核
延续失能人员	60 周岁以上, 因规定病种住院后 病情稳定, 经评估有护理需求	生活照料 + 医疗护理(机构或居家)	1~3 个月/次, 年度不超过 2 次

资料来源: 根据《广州市老年人照护需求综合评估规范》整合所得。

居家护理类别由原单一类别细分为 A/B/C 三类, 服务频次与时长根据不同失能等级差异化设定, 实现分级精准供给, 见表 5。

Table 5. Classification and frequency standards of home-based care services under Guangzhou's long-term care insurance
表 5. 广州市长护险居家护理服务分类与频次标准

护理类别	适用对象	服务频次 (职工/居民)	服务时长 (职工/居民)
A 类护理	长护 3 级、 延续失能人员	每日上门	按需提供
B 类护理	长护 2 级人员	不低于 12 次/月 6 次/月	28 小时/月 14 小时/月
C 类护理	长护 1 级人员	不低于 4 次/月 2 次/月	8 小时/月 5 小时/月

资料来源: 依据广州市医保局长护险服务管理规定整理。

市场各主体在政策激励下依规申请成为定点服务机构，以进入长护险服务供给体系。在实际服务中，部分商业保险公司或机构尝试探索“智慧养老”技术应用，在政策框架内寻求照护方式的创新。值得注意的是，当前有限的利润空间制约了市场创新的进一步激发，多数机构仍停留在基础服务供给层面。

4.2.3. 社会组织补充

社会组织在协同网络中发挥重要补充作用。社区居委会、社工机构、志愿者组织等主体，通过政策宣传、心理疏导、资源链接等辅助性工作，既为失能老人及其家庭提供情感慰藉，也能提升市民对政策的认知水平。截至2025年6月，广州市累计超过13万名失能人员享受长护险待遇。在此过程中，社会组织的宣传推广发挥了重要作用。但受制于资金短缺、专业人才不足等问题，社会组织的服务覆盖范围与深度有限，长护险制度在社区支持网络中的功能尚未得到充分释放。

4.2.4. 家庭参与

家庭在协同网络中既作为制度服务的需求方，也是非正式照护的提供者。在需求表达环节，家庭通过申请失能评估、选择服务类型、反馈服务质量等方式，可以影响长护险制度服务的供给方向与策略。如家庭对居家护理服务的高频需求，推动长护险不断完善居家护理服务项目，增加按需照料项目的覆盖范围。在照护环节，家庭承担基础照护功能，与专业机构服务形成互补。

4.2.5. 协同网络的非对称结构

广州市长护险涉及的政府、定点机构、家庭、社会组织等主体间，角色定位和影响力存在差异。政府掌握资金分配、机构准入与考核权，定点机构的服务资格与费用结算与政府考核挂钩；家庭在待遇类型、服务频次上按政策规定的分级标准享受服务。信息反馈方面，家庭的需求意见缺乏常态化表达渠道，往往要等到政策修订周期才能被纳入考量，导致政策调整滞后于实际需求。互动频率上，政府与定点机构联系最为紧密，包括结算审核、服务巡查、质量评估等业务；政府与家庭之间的联系相对集中，主要在失能评估和待遇资格复核两个节点；社会组织与家庭的接触多停留在政策宣讲层面；市场机构与社会组织之间则较少直接业务往来。

4.3. 嵌入性整合：制度效能生成的逻辑

广州市长护险制度的平稳运行，有赖于要素精准嵌入与主体协同的有机统一。长护险制度嵌入实际照护场域，与各要素相互适配，并为主体协同提供前提条件，共同构成“要素嵌入-主体协同-效能生成”的运行逻辑。该逻辑主要体现在结构、过程和结果三个层面。结构层面，长护险制度通过四维嵌入获得“合法性”与“适应性”；过程层面，主体协同贯穿政策制定、服务供给到评估监管的全流程；结果层面，长护险制度在运行中面临的困境会作为反馈信号推动制度调适，为超大城市长护险制度建设提供了理论启示。

5. 嵌入性整合视角下广州市长护险制度的优化路径

针对上述问题，从“嵌入性整合”框架出发，聚焦多维嵌入深化、主体协同健全、配套体系优化三方面持续推进，以实现长护险与地方社会网络的深度融合及多元主体的高效联动。

5.1. 深化四维嵌入，强化地方适配性

5.1.1. 经济嵌入：拓宽筹资渠道，构建多层次保障

当前广州市长护险筹资以医保基金划转为主，财政补贴和个人缴费比例相对较低。随着人口老龄化加速，单纯依赖医保基金划转难以支撑长期护理需求的增长。具体而言，一是要发挥广州市保险市场发

达的优势,探索“长护险+商业护理险”的模式。可鼓励保险机构开发与长护险衔接的商业补充产品,允许参保人使用医保个人账户余额购买,重点覆盖基本险不予支付的高端护理和康复训练项目。二是按照国家“单位、个人、政府、社会四方共担”的方向,逐步提高个人缴费和财政补助比例,降低对医保基金的依赖。三是通过税收优惠、用地支持等政策,引导社会资本投入远郊护理产业,培育专业化市场主体。

5.1.2. 人口嵌入:完善流动人口专属服务,推进湾区互通

简化非户籍参保及评估流程。依托“穗好办”APP和政务服务中心,为流动人口提供“一站式”申请服务,降低制度准入门槛。此外,广州市可进一步完善异地待遇结算机制,统一失能等级评估标准并实现结果互认,适应粤港澳大湾区人口流动的现实需求。推广社区嵌入式的护理模式,整合社区日间照料中心、养老驿站等资源,为居家失能人员提供上门护理服务。

5.1.3. 文化嵌入:通过本土宣传和家庭支持,提升制度认同

当前,长护险对不少市民而言仍是较为陌生事物,概念不清、功能不明,难免影响参保积极性。破解这一认知难题,需要将政策送到家门口、讲进心坎里。以社区、村居为阵地,通过粤语宣讲、短视频科普、入户一对一讲解等本土化方式,让老年人及其家庭听得懂、信得过、愿意参保,降低老年群体与家庭照护者的认知门槛。

5.1.4. 空间嵌入:靶向瞄准广州城郊失衡,推进服务均衡发展

如表3所示,广州市中心城区服务资源集聚、远郊区供给相对不足,因而有必要实施差异化的空间优化策略。中心城区聚焦提质增效,优先发展嵌入式社区护理站,盘活存量资源;远郊区域,如南沙、从化、花都等区可明确每镇街至少设立1家定点护理站,在场地供给、人员配备、运营经费上给予相应支持。同时可试点“乡镇护理服务综合体”,整合敬老院、卫生院、社工站资源一体化运营。尝试建立市级统筹的跨区域补偿机制,允许远郊户籍人员在中心城区定点机构享受同等待遇,由市级财政对接收机构给予适当补偿,作为远郊服务网络建成前的过渡安排。

5.2. 健全多元主体协同机制,提升整合效能

5.2.1. 强化政府主导

建立由广州市医保局牵头,民政、卫健、财政、人社、各区政府共同参与的长护险跨部门常态化协同,统一失能评估标准、服务项目目录、机构准入规则、基金支付政策等,破除部门间政策口径差异。依托广州市政务大数据平台,打通医保、户籍、养老、医疗数据壁垒,实现参保、评估、支付等环节的线上办理。强化市级统筹与远郊倾斜,加大对南沙、从化、花都等区的财政转移支付与支持力度。

5.2.2. 激发市场活力

针对广州市城郊供给的差异,可以实行差异化准入与支持政策:中心城区引导机构向失智照护、康复护理、安宁疗护等细分领域升级;远郊区适度放宽场地、人员规模硬性指标,鼓励小型社区护理站。同时,完善服务质量考核机制,将考核结果与定点资格、费用清算挂钩,激励机构提升服务质量[14]。

5.2.3. 培育社会组织

通过政府购买服务,支持社工机构、慈善组织、志愿者协会开展政策宣讲、入户探访、心理疏导、精神慰藉等服务。推动社区社工站全覆盖对接长护险工作,设立社区服务联络点,为老年人提供申请指导、服务协调、需求反馈等服务。

5.2.4. 夯实家庭基础

探索将喘息服务、临时托养、应急照料纳入常态化保障, 为家庭照护者提供替代服务与休整空间。通过政府购买服务为重度失能老人家庭每年提供一定天数的免费临时托养或上门替代护理服务, 让家庭照护者“歇一歇”。

5.3. 配套体系优化

制度的高效运行离不开完善的配套体系支撑, 优化居家社区服务比重, 细化服务项目如针对失智的定向力训练、游走行为照护等[15]。加强人才队伍建设, 扩大培养规模, 建立职业发展体系。同步探索智慧护理等信息化手段在长护险服务中的应用。

6. 结论与讨论

目前国家层面正式启动长护险全国建制工作, 确立了多方共担的筹资机制和全国统一的失能评估标准。在这一制度演进背景下, 回顾广州的试点经验具有重要的参照价值。广州市长护险制度经过多年试点, 已构建起相对完整的制度框架, 其运行遵循“要素嵌入-主体协同-效能生成”的逻辑。制度通过经济、人口、文化、空间四维嵌入地方结构, 并形成政府主导、市场响应、社会补充、家庭参与的协同网络。这为理解超大城市长护险制度的运行机制提供了新的视角。

研究构建的“嵌入性整合”分析框架, 为解析社会保障制度与地方情境的互动关系提供了新的分析工具。然而受研究条件限制, 本文主要从宏观层面展开分析。未来研究可从以下方向深入: 一是补充微观调研, 实证分析失能家庭的服务满意度与政策诉求; 二是开展跨城市比较研究, 提炼不同规模城市长护险制度的差异化发展路径; 三是聚焦商业长护险补位、智慧护理应用等关键议题, 开展专题研究[16], 为多层次长期护理保障体系的构建提供更深入的理论与实践支撑。

参考文献

- [1] Chen, L., Zhang, L. and Xu, X. (2020) Review of Evolution of the Public Long-Term Care Insurance (LTCI) System in Different Countries: Influence and Challenge. *BMC Health Services Research*, **20**, Article No. 1057. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05878-z>
- [2] 刘晓婷. 长期护理保险与医疗保险的协同效应研究——兼论构建整合型老龄健康福利体系[J]. 社会保障评论, 2025, 9(4): 32-45.
- [3] 韩丽, 陈艳. 长期护理保险利益相关主体行为规范研究[J]. 卫生经济研究, 2023, 40(4): 66-69.
- [4] 王宗凡. 长期护理保障的中国道路: 从长期护理保险试点探索到全面建制[J]. 社会保障评论, 2025, 9(4): 1-19.
- [5] 陆晨晨, 张志帆, 杨晶. 徐州市长期护理保险制度试点的现状、问题与思考[J]. 护理研究, 2026, 40(1): 146-150.
- [6] 姜腊. 河南省长期护理保险试点及制度优化研究[J]. 卫生经济研究, 2025, 42(8): 45-48.
- [7] 毕达宁, 叶豆, 张建浩, 等. 基于试点地区长期护理保险基金测算的保险费率厘定研究——以上海、广州、青岛、重庆为例[J]. 保险研究, 2025(7): 42-58.
- [8] 原彰, 李雅诗, 李建国. 广州市与部分试点城市的长期护理保险制度比较研究[J]. 医学与社会, 2021, 34(3): 107-112.
- [9] 罗琳彬, 贺睿博, 李浩淼, 等. “强基层”导向下县域医保与医疗协同演进的多维嵌入机制研究: 以重庆黔江为例[J]. 中国卫生政策研究, 2025, 18(7): 1-8.
- [10] 张贺乔, 周佳谋, 沈卉妍, 等. 福利多元主义视角下我国慢性病医防融合工作多元主体协同状况分析[J]. 医学与社会, 2024, 37(11): 21-27.
- [11] 章文光, 秦晓依. 资源网络、内生动力与农民参与乡村治理——一个“情境赋能-认知驱动-行动转化”的解释框架[J]. 江苏行政学院学报, 2025(5): 150-159.
- [12] 鲁露, 李志明. 基于 PMC 指数模型的我国长期护理保险政策文本评估研究[J]. 中国卫生事业管理, 2025, 42(9):

996-1004.

- [13] 马智苏, 何敏, 朱铭来. 失能评估口径、失能照护需求与长期护理保障[J]. 人口与经济, 2025(5): 31-49.
- [14] 陈一凡, 胡霞, 唐文熙, 等. 长期护理保险制度对我国 55-69 岁人群社会参与水平的影响[J]. 医学与社会, 2025, 38(11): 40-50.
- [15] 白慧莹, 王欣宁, 潘其扬, 等. 嘉兴市长期护理保险受益老年人社会支持状况及其影响因素[J]. 医学与社会, 2025, 38(11): 51-58.
- [16] 李伟峰, 梁丽霞. 长期护理保险制度的试点实践: 成效、困境与优化——基于两批 49 个试点城市的研究[J]. 济南大学学报(社会科学版), 2025, 35(3): 103-113.