

# 长护险制度设计评价与运行效果研究

王啸宇 张 欢\*

**【摘要】**长护险是为长期失能人员建立的保护机制，自2016年试运行以来，问题与成效同现，亟须整体反思制度设计、考察运行效果。论文第一部分利用PMC指数模型对长护险制度进行量化评价，基于147份核心政策文本中的高频词，构建长护险制度评价指标模型。进而以两批18个国家级长护险试点城市的实施方案为核心，系统比较制度设计间的差异、优势与不足，发现长护险制度质量等级在良好及以上的城市占比不足40%，参保范围、筹资机制、评估依据、商业保险参与及基金运作等指标是主要的影响因素。论文第二部分采用定性比较分析(QCA)方法，以第一批建立的15个国家级长护险试点城市为例，探究长护险制度运行效果的影响因素。并以两个省级长护险试点城市为补充，进行稳健性检验，归纳长护险制度取得良好运行效果的5条路径。研究认为：合理的制度设计是保障长护险运行效果的重要因素之一。为使长护险制度取得较好的运行效果，未来需以参保范围、筹资机制、评估依据及基金运作为着力点，不断优化制度细节设计；同时，还应注重财务的可持续性，在激发商业保险公司等社会力量参与、提高服务质量和效率方面持续加强探索。研究为完善长护险政策框架提供了依据和参考，为精准保障和长效服务提供了有益启示。

**【关键词】**长护险 制度设计 运行效果 PMC指数 定性比较分析

**【中图分类号】**D63

**【文献标识码】**A

**【文章编号】**1674-2486(2021)05-0081-20

## 一、引言

长护险<sup>①</sup>是老龄化时代社会政策探索创新的产物，它标志着民生和社会保障

---

\* 王啸宇，北京师范大学社会发展与公共政策学院博士后；通讯作者：张欢(zhanghuan@bnu.edu.cn)，北京师范大学社会发展与公共政策学院教授。

① 在地方文件中，上海称之为“长期护理保险”，成都和南通则称之为“长期照护保险”。本文旨在研究政策内容及运行效果，因此对于二者含义的区别不做特定区分，后文统一用“长护险”代替。

制度的进一步完善。长护险旨在为长期失能人员设立专项保障，通过提供生活照顾及护理服务，提高失能人员的生活质量；通过分担护理费用，减轻个人及家庭因长期护理而产生的支出压力。设立长护险有助于解决失能老年人住院引发的过度医疗问题，减少医院“占床”现象，优化医疗资源配置，同时能够吸引社会资本投资建设养护机构、护理员培训机构，拉动就业。与一般的社会保险不同，长护险不仅需要社会保险制度通常所需的缴费、支付、基金运作及监管等要素，还需要一系列的组织和专业人员提供“照顾”和“护理”服务，具有跨行政边界、长期性和利益相关主体多层次等属性（和红，2016）。长护险制度背后不仅隐藏着文本逻辑与行动逻辑的矛盾，还内嵌着府际关系以及组织网络中的利益冲突，其确立和运行过程均考验着行政管理智慧和国家治理能力。为此，政府须秉持新公共管理改革的理念，强化效率、市场竞争原则及问责制等。同时，也要认识到长护险福利如同其他的社会福利一样，具有致瘾效应，因此，还须注意长期护理服务供给的刚性和持续性。

长护险制度在西方发达国家已有数十年的历史。Dahl（1947）曾言：“对某一民族国家环境中公共行政管理作用作出的概括，不能普遍化并运用于不同环境中的公共行政管理。”我国长护险制度要立足于社会主义服务行政的基础来进行理论建构和体系建设。2016年人社部办公厅印发《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》（人社厅发〔2016〕80号），在15个城市和两个重要联系省份建立了长护险试点；2020年国家医保局印发的《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（医保发〔2020〕37号）中新增14个试点城市。目前，国家已批准49个城市建立长护险试点。各试点积极出台了长护险政策试行方案，在实践中取得一定成效的同时，也发现了不少问题，如筹资、给付机制不完善，经办、管理模式不成熟等。这些问题是否与长护险制度设计有关？各试点城市间政策方案存在哪些差异？长护险实际运行效果与哪些因素及其组合具有因果关联？基于以上背景和思考，本文从制度内容和运行效果两个维度入手，研究长护险发展中遇到的问题。

## 二、文献回顾与研究框架

我国长护险制度当前已进行了两批试点探索。试点城市遴选成功的背后是地方政府的积极参与和主动探索，是地方政府公共服务能力提升的体现，有利于促进社会保障制度框架更加完善。试点阶段的制度设计着眼于多渠道筹资、鼓励商业保险公司参与等做法，彰显了“有限政府”的行政理念，这将进一步推动长护险走向科学化、制度化。

### （一）我国长护险制度基本情况

我国长护险制度是随着家庭结构的变迁、医保制度的改革、老年照护体系的完善及商业长护险的探索而逐渐被提上议程的。在全国范围内看，青岛市起步最早，在2002年建立了家庭病床制度，其后通过整合社区医疗、养老护理机构和二三级医院资源，于2012年建立了长期医疗护理保险制度，帮助失能人员解决照护难题，起到了良好的示范作用。2013年，国务院在《关于促进健康服务业发展的若干意见》（国发〔2013〕40号）中提出开发长期护理商业保险。2015年党的十八届五中全会将“开展长期护理保险试点”纳入“十三五”规划。2017年，《“十三五”健康老龄化规划》提出“探索建立长期护理保险制度”。2020年，《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》提出“稳步建立长期护理保险制度”。然而，长护险发展仍处于试点阶段，国家仅在参保、筹资、待遇给付及基金管理方面做了基本规定，地区间的政策方案差异明显。

从中央和地方长护险制度的试行方案来看，有几个问题亟待解决。第一，筹资问题。试点城市筹资主要依靠财政和医保基金划拨，其持续性引发人们的担忧。第二，保障范围问题。老年人失能、失智程度不一，试点城市长护险等级划分方法多样，保障范围不一致。第三，待遇支付问题。《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》（人社厅发〔2016〕80号）规定“基金支付水平总体上控制在70%左右”，各地可自行确定“具体待遇享受条件和支付比例”。政策的弹性空间赋予了地方政府一定的自由裁量权，然而社会保障的不可逆性要求试点城市在制度设计时必须谨慎。如何在有限的资金条件下，科学设定待遇支付水平，是亟须解决的关键问题。第四，商业保险参与问题。2020年，国务院常务会议提出“鼓励保险业参与长期护理保险试点”。当前商业保险公司参与存在经办、承保以及名义上经办、本质上承保三种模式，但均有不足，或未能充分发挥商业保险的优势，或存在较高的风险。因此，需要从整体性视角对长护险的制度设计和运行情况总结和探讨。

2020年，国家医保局颁布《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（医保发〔2020〕37号），明确提出了“独立险种、独立设计、独立推进”的要求，确立了长护险作为社保“第六险”的定位，力争在“十四五”期间基本形成长期护理保险制度政策框架。为此，我们有必要系统梳理试点城市长护险试行制度的文本内容，比较不同实施方案的优劣，提出长护险制度设计的优化建议。同时，结合试点城市的运行实践，深入探讨成绩和问题，总结有效推进长护险制度运行的因果路径。

## （二）文献综述

### 1. 长护险的制度设计

目前对于长护险的制度设计主要从两方面研究。一方面是对长护险政策的整体性评价。首先，试点间长护险试行方案碎片化现象严重，应尽快建立长期护理整合框架（戴卫东，2021）。其次，试行方案中缺乏对护理服务质量的评价，应从护理机构、人员、内容及标准等方面设计评估框架。最后，长护险制度设计中缺乏专门的法律保障与规制（杨颖，2020）。总之，长护险制度还需从多维度加以完善和丰富，建构统一的政策标准任重道远。

另一方面是对服务、管理等具体内容设计的探讨。其中对于筹资机制的探讨最为丰富。第一种观点认为家庭和政府是主要的缴费主体。徐银波（2021）认为，应以家庭责任为基础、政府职责为补充建构长护险制度，建议全民、全龄参保，分年龄设定缴费率。第二种观点认为，长护险应由政府、个人、企业三方共同缴费。刘金涛（2014：89）基于长期护理费用实证研究发现，当三方缴费比例分别为1.48%、56.8%和41.72%时，能够保证长护险基金收支平衡。然而，更多学者认同多渠道筹资、独立筹资的模式，具体的筹资机制仍待商榷。

### 2. 长护险的实践运作

第一，运行模式的选择。当前主要有三种观点。一是采用社会保险的模式开展长护险，将其定位于一项独立的社会保险制度，而非医疗保险制度的附庸（吕国营、韩丽，2014）。二是按照社会保险与商业保险并行的模式，实施差异化方案，以社保性质的长护险为基础，再辅以商业长护险进行完善。三是实行相互制长期护理保险模式，自愿签订合同，建立互助基金，进而提供护理保障和经济补偿（江崇光等，2018）。长护险待遇支付中巨额的财政支出必然增加政府负担，因此，亟须探索与其他保险合作缓解资金压力。

第二，运行效果的探讨。大部分研究是从个别试点城市的运行情况探讨长护险的运作效果；也有部分研究考察了长护险在养老机构护理服务中的实施效果。仅有少量研究对长护险运行效果进行了整体评价，认为国家投入的长护险资源并未取得预期效果，服务对象没有瞄准失能老人，长期照料与养老混为一谈，部门分割、各行其是（杨团，2016），存在绩效不足和风险较高等问题（陈伟、黄洪，2017）。

综合当前研究来看，首先，大部分研究以个案分析为主，描述性研究较多，对不同试点城市长护险制度内容进行系统性比较和整体性评价的研究较少。其次，缺乏对于试点城市长护险实际运行效果及其影响因素的研究，也忽视了对长护险的制度环境及其政策执行内在逻辑的探讨。最后，研究多偏重于对长护

险本身的探讨，缺乏基于宏观视域，从孝道文化、公共治理、政策过程视角探讨长护险制度的制定、运行及持续性等问题。

### （三）研究框架

本研究旨在对不同试点城市长护险制度设计进行评价，进而结合市场机制、财政投入、康养基础及服务利用效率等多重因素，探究长护险制度的运行效果及其因果关联路径。制度设计部分利用 PMC 指数（Policy Modeling Consistency Index）进行分析。PMC 指数源于“Omnia Mobilis”假说，认为事物存在普遍联系且处于不断运动中，政策亦不例外。因此，可以聚焦于某类政策，评估质量等级，比较不同政策文本内容的一致性（Estrada et al., 2008）。PMC 指数的优势在于变量设置建立在对政策文本进行全面分析和挖掘的基础上，赋值严格依据政策内容，能够避免专家打分等方法的人为主观性，提升政策量化评价的精确度。运行效果部分采用定性比较分析（Qualitative Comparative Analysis, QCA）方法进行探究。QCA 由拉金提出，以集合和布尔代数等技术手段为基础，通过绘制真值表（Truth Table）对案例进行综合式描述，根据一致性和覆盖率指标来判断结果与解释条件之间的逻辑关系，推导结果发生的因果路径（拉金，2008：44）。QCA 结合了定性与定量分析的优势，能较好地避免了数据转换过程中的信息损失，对案例进行深度检验（黄荣贵等，2015），它比较适用于长护险试点这样的小样本分析，能够对长护险制度的运行效果给出更可信的因果路径。

研究首先筛选典型试点城市，运用 PMC 指数对国家级长护险试点城市的政策文本进行系统分析和比较，探讨试点城市长护险试行方案间的差异、优势与不足。其次，整体考察长护险制度运行效果，反思经验与纰漏。再次，结合试点城市的运行实践，采用 QCA 方法进行跨案例比较分析，探寻影响长护险制度运行效果的多重条件，识别实现良好运行效果的因果路径。最后，提出促进长护险制度发展和护理服务提升的对策建议。

## 三、长护险政策文本量化评价

### （一）方法的说明与资料收集

PMC 指数分析主要有三个步骤，第一，通过政策文本挖掘高频词，据此设置研究变量；第二，计算 PMC 指数；第三，指标分析，对政策文本进行量化评价。在中国政府网、北大法宝、CLIP 数据库及 49 个国家级长护险试点城市的官方网站，以 2021 年 5 月为时间节点，全面检索在此之前出台的关于长护险制度

实施、解读的政策文件。根据权威、严谨、完整和精确性原则，最终筛选出对长护险试点政策内容产生重要影响的 147 份核心政策文本。

## （二）词频统计与变量设置

利用 python 及 ROST - CM 软件对 49 个国家级试点城市的长护险政策文本进行关键词挖掘并分析，并对政策文本中排名前 30 位的高频词进行统计，结果如表 1 所示。

表 1 长护险试点政策高频词统计

序号	词汇	词频	频率 (%)	序号	词汇	词频	频率 (%)
1	长期护理保险	2001	4.31	16	医疗	445	0.96
2	服务	1961	4.23	17	费用	445	0.96
3	机构	1717	3.70	18	医疗保险	437	0.94
4	人员	1227	2.65	19	评估	418	0.90
5	基金	821	1.77	20	缴费	370	0.80
6	参保	811	1.75	21	医保	362	0.78
7	失能	781	1.68	22	协议	343	0.74
8	经办	712	1.54	23	保障	340	0.73
9	待遇	705	1.52	24	建立	306	0.66
10	照护	634	1.37	25	申请	264	0.57
11	管理	616	1.33	26	结算	256	0.55
12	标准	609	1.31	27	部门	245	0.53
13	支付	579	1.25	28	社会	242	0.52
14	定点	569	1.23	29	职工	235	0.51
15	评定	569	1.23	30	实施	224	0.48

资料来源：作者自制。

从表 1 可以看出，长期护理保险、参保、待遇、基金、经办、评定等是政策文件中的高频词。将上述高频词进行归类，对应还原到政策内容。参照 Estrada (2011) 的变量设置方法，同时借鉴吉尔伯特、特勒尔 (2003: 83) 的福利政策分析框架，设置变量 X1 - X10，从而构建长护险试点政策评价的 PMC 指数模型。最终包括 10 个一级变量和 36 个二级变量，具体如表 2 所示。

表2 变量设置

编号	一级变量	编号	二级变量	编号	二级变量
X1	参保范围	X1:1	城镇职工	X1:2	60周岁以上居民
		X1:3	城乡居民		
X2	纳入群体	X2:1	重度失能	X2:2	中度失能
		X2:3	重度失智	X2:4	中度失智
X3	护理形式	X3:1	养老机构护理	X3:2	居家上门服务
		X3:3	住院医疗护理	X3:4	社区日间护理
X4	待遇支付	X4:1	涵盖生活照料	X4:2	涵盖医疗护理
		X4:3	明确支付额度	X4:4	明确支付比例
X5	评估依据	X5:1	Barthel 指数评定量表	X5:2	MMSE 简易精神量表
		X5:3	地方评估标准		
X6	商险参与	X6:1	参与经办	X6:2	评估和服务产品提供
X7	服务管理	X7:1	基金单独建账管理	X7:2	辅具租赁制度
		X7:3	衔接社保政策	X7:4	失能评估复核
X8	筹资渠道	X8:1	医保基金结余划转	X8:2	单位缴费
		X8:3	个人缴费	X8:4	财政补贴
		X8:5	社会捐助	X8:6	一次性启动资金
		X8:7	福利彩票公益金划拨		
X9	筹资方式	X9:1	定额筹资	X9:2	按比例筹资
X10	基金运作	X10:1	设立基金专户	X10:2	预防和延缓失能失智保障金
		X10:3	护理保险调剂金/风险准备金		

资料来源：作者自制。

### （三）量化评价

参照国务院发展研究中心的《中国（大陆）区域社会经济发展特征分析》，筛选研究对象。东北地区8个长护险试点城市<sup>①</sup>间的自然条件和资源禀赋相近，选择第一批建立的试点齐齐哈尔市为考察对象。北部沿海地区中，青岛建立长护险试点时间最早，北京石景山是唯一的区级试点，天津则是直接归属中央政府管辖的长护险试点城市，因此选此两市一区为考察对象。东部沿海地区选取经济发展差距较大的上海市和南通市作为考察对象。南部沿海地区因海南省尚未建立长护险试点，选取分别在第一、第二批建立试点的广州市和福州市为考察对象。同理，在黄河中游、长江中游、西南地区及大西北地区，综合考虑经

<sup>①</sup> 第一批确立的有齐齐哈尔市、珲春市、梅河口市、松原市、长春市、吉林市、通化市，第二批确立的是盘锦市。

济发展水平、老龄化率、人均医疗保健支出、失能率、医养结合试点城市<sup>①</sup>等因素，并在保证两批试点城市所选数量相同的基础上，共选取上海、广州、石河子市等 18 个城市作为研究对象。

进行 PMC 指数计算的具体步骤为：首先，对二级变量进行赋值，按照二进制规则，若政策符合二级变量，设为 1，反之，设为 0。其次，根据式（1）、式（2），计算二级变量的具体数值。再次，根据式（3），计算一级变量的具体数值。最后，根据式（4），计算 PMC 指数。

$$X \sim N [0, 1] \quad (1)$$

$$X = \{XR: [0 \sim 1]\} \quad (2)$$

$$X_t \left( \sum_{j=1}^n \frac{X_{ij}}{T(X_{ij})} \right), t=1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 \dots \infty \quad (3)$$

公式（3）中  $t$  为一级变量， $j$  为二级变量。

$$\begin{aligned} \text{PMC} = \{ & X_1 \left( \sum_{i=1}^3 \frac{X_{1i}}{3} \right) + X_2 \left( \sum_{j=1}^4 \frac{X_{2j}}{4} \right) + X_3 \left( \sum_{k=1}^4 \frac{X_{3k}}{4} \right) + X_4 \left( \sum_{l=1}^4 \frac{X_{4l}}{4} \right) \\ & + X_5 \left( \sum_{m=1}^3 \frac{X_{5m}}{3} \right) + X_6 \left( \sum_{n=1}^2 \frac{X_{6n}}{2} \right) + X_7 \left( \sum_{o=1}^4 \frac{X_{7o}}{4} \right) + X_8 \left( \sum_{p=1}^7 \frac{X_{8p}}{7} \right) \\ & + X_9 \left( \sum_{q=1}^2 \frac{X_{9q}}{2} \right) + X_{10} \left( \sum_{r=1}^3 \frac{X_{10r}}{3} \right) \} \quad (4) \end{aligned}$$

利用上述公式计算 18 个试点城市长护险制度的政策文本等级，结果如表 3 所示。

表 3 试点城市长护险政策 PMC 得分

城市	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	PMC	排名
上海	0.667	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.428	0.500	0.333	7.928	3
石景山	1.000	0.250	1.000	1.000	0.667	1.000	0.750	0.571	0.500	0.333	7.071	7
广州	1.000	1.000	1.000	1.000	0.333	1.000	0.750	0.571	0.500	0.333	7.487	5
天津	0.333	0.250	1.000	1.000	0.333	1.000	0.750	1.000	0.500	0.333	6.499	9
重庆	0.333	0.250	1.000	0.750	0.333	0.000	0.750	0.571	0.500	0.667	5.154	17
成都	1.000	0.500	1.000	1.000	1.000	1.000	0.750	0.857	0.500	0.667	8.274	2
青岛	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.571	1.000	1.000	9.571	1
南通	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.500	1.000	0.571	0.500	0.333	7.904	4
福州	0.333	0.250	1.000	1.000	0.333	0.000	0.750	0.428	0.500	0.667	5.261	15
呼和浩特	1.000	0.500	1.000	0.750	0.333	1.000	0.750	0.571	1.000	0.333	7.237	6

<sup>①</sup> 参见《关于确定第一批国家级医养结合试点单位的通知》（国卫办家庭函〔2016〕644号）、《国家卫生计生委办公厅民政部办公厅关于遴选国家级医养结合试点单位的通知》（国卫办家庭函〔2016〕511号）。

(续上表)

城市	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	PMC	排名
乌鲁木齐	0.333	0.250	0.750	1.000	0.333	0.500	0.250	0.571	0.500	0.333	4.820	18
湘潭	0.333	0.250	0.750	1.000	0.333	1.000	0.750	0.428	0.500	0.333	5.677	14
开封	0.333	0.250	0.750	1.000	0.333	0.500	0.750	0.428	0.500	0.333	5.177	16
晋城	0.333	0.250	0.750	1.000	0.667	1.000	0.750	0.857	0.500	0.333	6.440	10
石河子	1.000	0.250	0.750	1.000	0.333	0.500	0.500	0.857	0.500	0.333	6.023	11
上饶	1.000	0.500	0.750	1.000	0.333	1.000	1.000	0.571	0.500	0.333	6.987	8
昆明	0.333	0.250	0.750	1.000	0.333	0.500	0.750	0.857	0.500	0.667	5.940	12
齐齐哈尔	0.333	0.250	1.000	1.000	0.333	1.000	0.500	0.571	0.500	0.333	5.820	13

资料来源：根据试点地区长期护理保险政策文件整理。

参照 Estrada (2011) 的划分标准, 9 - 10 分表示政策优秀, 7 - 8.99 分为政策良好, 5 - 6.99 分表示政策可接受, 5 分以下则表示政策较差, 进而评估试点城市长护险政策质量等级, 如图 1 所示。

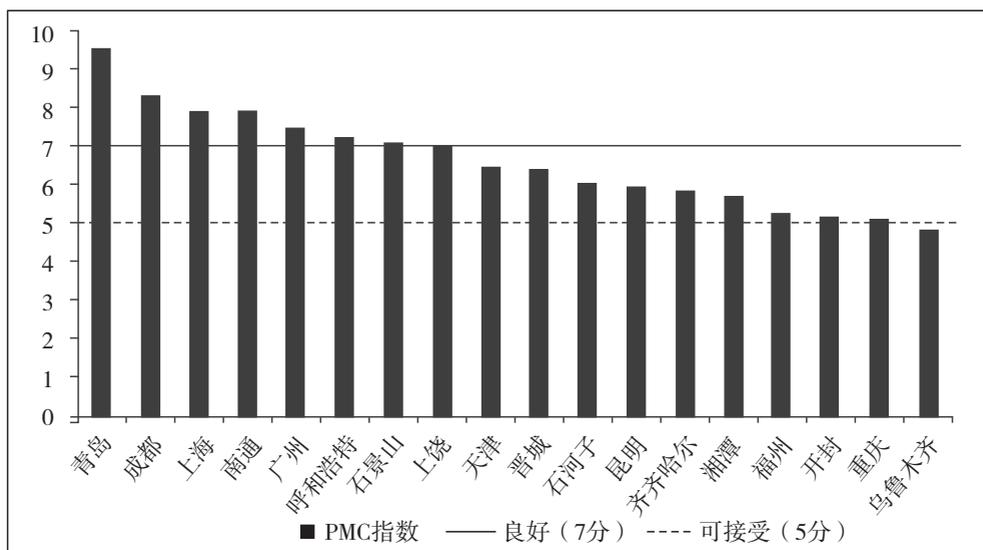


图 1 试点城市长护险政策文本 PMC 指数排名及等级示意

资料来源：作者自制。

PMC 指数结果客观反映了试点间长护险制度存在较大的差异性。从图 1 来看, 1 个城市长护险政策为优秀, 6 个城市长护险制度的政策等级为良好, 前两类占总体比例的 38.89%。10 个城市长护险政策 PMC 指数在 5 分和 7 分之间, 处于可接受水平。仅乌鲁木齐得分在 5 分以下。

### 1. 政策等级为优秀的试点情况分析

青岛市最早开始长护险探索, 政策方案注重细节设计, 保障、经办、筹资

及运行等政策细项的规定比较充分，评估依据客观全面，各项服务机制较为完善，且能够随着照护需求的增加不断调整优化护理服务，为其他城市的长护险制度设计提供了参考。未来发展中还需进一步完善筹资机制，科学设定各主体的筹资责任和筹资水平。

## 2. 政策等级为良好的试点情况分析

成都、上海、南通、广州、呼和浩特市及石景山区的政策等级达到良好水平，其中呼和浩特和石景山为第二批试点城市（区）。综合6个试点城市的政策内容来看，护理形式和待遇支付内容设定较好，基金运作普遍需要加强。其中上海市对于居民参保限定年龄在60岁以上，石景山区保障对象仅限于长期重度失能人员，南通市保险公司参与经办服务效率有待提高，从而影响到各自的政策质量水平。

## 3. 政策等级为可接受的试点情况分析

上饶、天津、晋城、石河子、昆明、齐齐哈尔、湘潭、福州、开封及重庆10个城市的政策等级为“可接受”，对比具体指标的得分情况，发现参保范围、筹资机制及商业保险参与是影响PMC分值的主要影响因素。这启示试点城市在进行长护险制度设计时，应合理设定参保范围，完善筹资机制，激励商业保险公司参与长护险的发展。这些城市在未来发展过程中应借鉴PMC指数为“良好”和“优秀”级别的试点城市，着力增强政策的稳定性，提升精准评估能力。同时，支持商业保险机构开发长期护理产品，从参与经办管理开始，不断丰富护理服务和产品供给形式。

## 4. 政策等级较差的试点情况分析

乌鲁木齐市的PMC指数得分较低，既与长护险制度颁布时间晚、发展经验不足有关，也与经济发展水平有关。逐个分析政策文本中的各项具体指标，按照一级变量与对应均值间差值大小降序排列的思路（王进富等，2019），提出制度设计优化路径。未来乌鲁木齐市可按照服务管理—参保范围—商险参与—评估依据—护理形式—基金运作—筹资渠道—筹资方式—待遇支付的路径优化长护险制度建设。

本质而言，试点间政策内容的差异与试点城市地方政府对长护险的理解以及保障能力的差异有关，制度方案的设计也反映了地方决策者的实践方向。PMC指数较低的城市应该根据指标得分情况和地方实际发展情况，有针对性地完善政策方案，从而更好地指导长期护理服务实践的开展。

## 5. 试点城市筹资与支付机制设计

筹资及待遇支付集中考验着试点城市政府行使自由裁量权的能力。从筹资来看，试点地区主要通过个人、单位、财政、福彩及社会捐助等途径，采取定额、定比以及混合等方式设定缴费机制。按照PMC指数排名的顺序，结合18个

试点城市的长护险政策文本，从财政、医保统筹基金及个人三种渠道来考察筹资情况。统计发现，成都、南通、石景山、上饶、石河子及乌鲁木齐市在筹资中明确了政府补贴额度。上海主要由医保基金统筹，缴费机制还需进一步显性化，明确个人缴费比例。广州筹资标准更加细化，对于职工、居民和在校学生按照年龄分阶段设定个人缴费和财政补贴比例。青岛实行职工和居民护理保险资金收支两条线，并设定不同的缴费和补贴标准。实质上，大多数试点城市依赖医保基金统筹，从个人和单位账户中划拨，城乡居民多靠财政补贴。然而，医保基金结余有限，且地区分布非常不平衡，因此应完善筹资结构，减轻对医保基金的依赖，由参保人员、企业和政府分担费用，不断提升长护险发展的可持续性。

此外，待遇支付是长护险保障能力的集中体现。试点城市主要采取按比例补偿、定额支付、定额包干结算、费用补偿+定额支付相结合的复合支付模式。结合上述试点城市的政策文本分析发现，成都、上海、广州、天津、湘潭及开封的居家护理基金支付水平普遍高于机构照护的基金支付，且支付差距在5.56%—15.38%之间。

整体来看，长护险制度设计过程中存在共性和个性的问题。个性问题表现在试点城市长护险制度虽统一参照社保基金管理制度，实行市级统筹，但试点间在长护险制度内容设计上仍有很强的差异性，其政策级别恰恰反映了政策完善程度，将倒逼试点地区参照差距来逐步提升设计。中央长护险管理部门需加强制度整合，根据各试点城市集中反馈的数据，在享受待遇的资格条件、失能评定标准等方面应尽快制定统一的规范。共性问题表现在长护险制度设计普遍缺乏激励机制和法律机制。政府应定期评估试点城市的运行成效，及时予以奖励。同时，应着力完善长护险法律机制建设，以法律的形式将长护险的性质、标准规范等加以固化，以提升长护险制度的稳定性，助力实践运行。

## 四、长护险制度运行效果研究

### （一）总体运行效果分析

从国家医保局发布的数据来看，截至2019年底，第一批国家级长护险试点地区的参保人数达9815万人，累计享受待遇人数110万人。<sup>①</sup>第二批试点城市的运行效果尚无明确统计，但试点城市在推行长护险过程中也呈现出一定的管理和服务特色，减轻了家属的照护负担。与此同时，商业长护险持续发展，在

<sup>①</sup> 详见《关于政协十三届全国委员会第三次会议第3411号（社会管理类293号）提案答复的函》（医保函〔2020〕171号）。

鼓励商业保险参与的政策氛围下，共有 16 家商业保险企业参与经办或承办长护险项目，覆盖参保人数逾 1.4 亿（罗葛妹，2021）。

然而，当前统一的长护险制度框架还远未形成，试点城市也处于经验摸索阶段，在实践运行中面临诸多挑战。投保与受益的超长时差降低了公众投保的热情，加之社会保险中固有的逆向选择、长尾特征及信息不对称问题，导致长期护理服务供需不能精准对接，降低了长护险制度的运行效果。在长护险制度受到热议的当下，亟须探明长护险制度运行效果的内在逻辑。

## （二）变量选取及其组合路径分析

### 1. 研究方法及其案例样本的选取

采用定性分析方法（QCA），探究长护险制度的运行效果及其影响因素的组合路径。QCA 分析主要有四个步骤：选取典型案例、设置变量和研究模型、构建真值表及数据处理、分析结果（万筠、王佃利，2019）。第一批国家级长护险试点迄今为止运行时间最长，因此更有参考价值。从国务院政策文件搜索系统，试点城市民政、人社、医保局官方网站，收集第一批 15 个试点城市的相关政策文本（办法、通知、方案及意见等），同时借助央媒官方网站、中国保险行业协会、中国社会科学院人口与劳动经济研究所公布的数据补充分析，了解试点城市长护险制度的运行情况。

### 2. 变量的设计及赋值

（1）结果变量的设计。研究旨在考察试点城市长护险制度的运行效果。首先，政府工作报告的提及体现了政府对长护险制度的认可和重视，标志着长护险在地方有运行成效，因此着重考量试点城市政府工作报告中是否提及长护险制度。其次，长护险待遇替代率在一定程度上揭示了保障水平和作用效果，当前研究中尚未明确提出“长护险待遇替代率”的概念，本文从“替代率”的本源出发，参考“养老金替代率”的意涵进行研究设计。由于长护险试点城市中有些城市规定了报销比例，而另外一部分则没有具体规定，因此需要分两种情况进行考察。对于前者，参照《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》（人社厅发〔2016〕80号）的规定，选取报销（支付）比例 70% 作为待遇替代率的评价指标，考察试点城市在医疗、养老机构护理以及上门护理服务中符合长护险支付条件的部分基金支付是否达到 70%。对于没有规定报销比例的试点城市，在政策文件中是根据照护服务场所设定的待遇标准。因此，以不同照护服务场所的待遇支付标准与试点地区平均工资的比值进行测算。测算结果参考张盈华（2020）的研究，以德国长护险待遇标准相对于平均工资的 15% 作为下限、51% 作为上限进行考量。若测算结果符合或接近此区间，则视为满足条件。最后，临近效应同样反映了长护险制度的影响力，因此着重考量试点城市周边是否存在同级或同等级别政府管辖的长护险试点。其中满足两项赋值为 1，否则

赋值为0。

(2) 条件变量的设计。通过内外部条件以及服务利用情况来考察。外部条件即是对制度框架设计的考量,结合前面对试点城市 PMC 指数的分析过程,设置市场机制和财政投入两个变量。内部条件选取参保范围、康养基础、服务机制、管理机制及筹资机制5个变量。同时,综合考察试点城市长护险的服务利用情况。依据试点城市长护险政策文本的具体内容和实际运行,进行变量赋值,经过三角检定法反复交叉检验赋值的准确性,以确保数据的信度和效度。

第一,市场机制。引入商业长护险机制,能够缓解财政支出的压力。通过招标方式引导商业保险公司参与经办,拓展其在护理机构准入、考核、保障方案设计以及失能评估方面的功能,有助于试点地区长护险制度的可持续发展。同时,在提供居家上门护理服务的过程中,对养老护理员、医疗护理员以及护士等不同技能的照护人员实行差别化结算,能够激励护理员提高个人技能,引导服务培训机构进行良性竞争。三项中满足两项赋值为1,否则赋值为0。

第二,财政投入。试点城市政府财政对于养老服务的投入越多,长护险发展的持续性越强,制度运行效果越好。以15个试点城市财政投入养老服务的均值为参照标准,高于均值的赋值为1,否则赋值为0。

第三,参保范围。长护险设计的初衷是为长期失能人员提供更好的生活保障,试点城市的长护险制度设计中,将重度失能人群全部纳入参保范围,同时覆盖城乡居民时,方能达到较好的运行效果。因此,两项均满足赋值为1,否则赋值为0。

第四,康养基础。试点城市医养服务的基础越好,失能失智人员享受到的护理服务质量越高,相应的满意度也越高。因此,结合城市健康老龄化水平排名处于前20、隶属医养结合国家级试点城市、隶属居家和社区养老服务改革国家级试点城市三项来考核。满足两项赋值为1,否则赋值为0。

第五,服务机制。在“以居家为基础、社区为依托、机构为补充、医养相结合”的养老服务体系中,试点城市的长护险待遇支付范围和护理服务内容能够涵盖居家上门、医疗及养老机构的护理服务时赋值为1,否则赋值为0。

第六,管理机制。建立长护险信息管理系统,有助于信息采集、数据动态更新、实时统计和科学预测,提高管理效率。同时,建立抽查稽查制度,有利于防止骗保、漏保的现象发生,提升公平性。建立联席会议制度,有利于搭建互动平台,提高协同管理能力。三项中满足两项赋值为1,否则赋值为0。

第七,筹资机制。考虑到长护险基金的可持续性,科学设定筹资方式至关重要,试点城市主要通过“个人、企业筹资,财政补贴”方式筹集长护险资金的赋值为1,否则赋值为0。

第八,服务利用情况。失能鉴定通过人数与申请人数的比率直接反映了试点城市长护险的运作情况和服务效率。因此,考察试点地区长护险的服务利用

情况，按照年均失能鉴定通过人数与申请人数的比值排序，中位数以上的赋值为1，否则赋值为0。

### 3. 数据处理及分析

结合收集到的数据和变量赋值标准，将15个试点城市长护险制度运行效果的条件变量和结果类型进行编码汇总，建立案例真值表。<sup>①</sup>然后，利用QCA软件进行一致性（Consistency）和覆盖率（Coverage）的计算，一致性达到或超过0.9是必要条件的满足标准，达到或超过0.8以上即满足充分条件的检验。据此判断单个变量能否构成长护险制度运行效果的必要条件，结果见表4（~表示变量不存在）。

表4 单变量必要性分析

条件变量	结果变量 (良好)		结果变量 (不佳)		条件变量	结果变量 (良好)		结果变量 (不佳)	
	一致性	覆盖率 (%)	一致性	覆盖率 (%)		一致性	覆盖率 (%)	一致性	覆盖率 (%)
市场机制	0.778	0.636	0.667	0.364	~市场机制	0.222	0.500	0.333	0.500
财政投入	0.889	0.727	0.500	0.273	~财政投入	0.111	0.250	0.500	0.750
参保范围	0.778	0.875	0.167	0.125	~参保范围	0.222	0.286	0.833	0.714
康养基础	0.778	0.700	0.500	0.300	~康养基础	0.222	0.400	0.500	0.600
服务机制	0.889	0.667	0.667	0.333	~服务机制	0.111	0.333	0.333	0.667
管理机制	0.778	0.700	0.500	0.300	~管理机制	0.222	0.400	0.500	0.600
筹资机制	0.667	1.000	0.000	0.000	~筹资机制	0.333	0.333	1.000	0.667
通过比率	0.778	0.778	0.333	0.222	~通过比率	0.222	0.333	0.667	0.667

数据来源：作者自制。

由表4可以看出，未有任何一个变量的一致性达到0.9，所以没有通过必要条件的一致性检验。这反映出长护险制度的制定和实施是一个复杂的过程，需要社会共同努力，集中优势资源才能达到较好的运行效果。财政投入和服务机制的一致性为0.889，符合充分条件的标准，接近0.9，说明试点城市养老服务财政供给对于长护险制度的运行至关重要。根据运行效果不佳的条件变量检验，~参保范围的一致性大于0.8，~筹资机制的一致性达到1，说明参保范围、筹资机制缺乏，容易导致试点城市长护险的制度运行效果不佳。

运用QCA软件进行标准化分析运算，采用结合复杂解与简约解的中间解作为讨论对象，对不同变量组合的一致性进行分析，结果如表5所示。

<sup>①</sup> 篇幅所限，省略制度赋值清单及案例真值表，如有需要可与作者联系。

表5 良好运行效果的条件组合分析(中间解)

条件组合	原始覆盖率 (%)	净覆盖率 (%)	一致性
财政投入 * 参保范围 * 康养基础 * 服务机制 * 管理机制 * 服务利用	0.444	0.222	1
市场机制 * 财政投入 * 康养基础 * 服务机制 * 筹资机制 * 服务利用	0.333	0.222	1
市场机制 * 财政投入 * 参保范围 * 康养基础 * 管理机制	0.333	0.111	1
市场机制 * 参保范围 * 服务机制 * 管理机制 * 筹资机制 * 服务利用	0.222	0.111	1
市场机制 * 财政投入 * 参保范围 * 服务机制 * 筹资机制	0.222	0.111	1
组合覆盖率 = 1			
组合一致性 = 1			

注：“\*”表示“和”。下表同。

数据来源：作者自制。

稳健性检验<sup>①</sup>。将研究中的一致性阈值从0.8调整到0.9，增添嘉兴和邢台两个省级长护险试点城市，与前面15个国家级试点城市共同组成17个试点城市，进而分析结果变化，结果如表6所示。

表6 一致性为0.9、增加两个案例后的中间解

条件组合	原始覆盖率 (%)	净覆盖率 (%)	一致性
财政投入 * 参保范围 * 康养基础 * 服务机制 * 管理机制 * 服务利用	0.400	0.200	1
市场机制 * 财政投入 * 康养基础 * 服务机制 * 筹资机制 * 服务利用	0.300	0.200	1
市场机制 * 财政投入 * 参保范围 * 康养基础 * 管理机制	0.400	0.200	1
市场机制 * 参保范围 * 服务机制 * 管理机制 * 筹资机制 * 服务利用	0.200	0.100	1
市场机制 * 财政投入 * 参保范围 * 服务机制 * 筹资机制	0.200	0.100	1
组合覆盖率 = 1			
组合一致性 = 1			

数据来源：作者自制。

<sup>①</sup> QCA中，通常需要稳健性检验以判断结果是否稳定，具体方法是改变一致性门槛、增加或者减少案例的个数等。

整体覆盖率和一致性均为 1，说明结果比较准确。归纳长护险制度取得较好运行效果的微观组合路径，参考 Fiss（2011）的研究，整理如表 7 所示（“●”代表该条件存在，“空格”代表无）。

表 7 良好运行效果的条件组态分析

变量	路径 1	路径 2	路径 3	路径 4	路径 5
市场机制		●	●	●	●
财政投入	●	●	●	●	
参保范围	●		●	●	●
康养基础	●	●	●		
服务机制	●	●		●	●
管理机制	●		●		●
筹资机制		●		●	●
通过比率	●	●			●
原始覆盖率	0.444	0.333	0.333	0.222	0.222
净覆盖率	0.222	0.222	0.111	0.111	0.111

资料来源：作者自制。

结合具体案例的解释语境，对五种组态路径进行具体分析。在覆盖率最高的两条路径中，财政投入、康养基础、服务机制及通过比率变量始终存在，且与单变量必要性分析的结果相符。这反映出：稳定的养老服务财政供给是实施长护险的前提，康养基础为长护险制度的运行提供了良好的环境氛围，完善的服务机制确保了服务过程顺利进行，失能评定通过率显示了服务利用情况，严把评估环节促进了服务更加精准。青岛、成都、上海、南通、广州及苏州市符合此路径，同时与其 PMC 指数的分析相吻合。这些试点城市较早进入老龄化阶段，地方政府注重养老服务的财政供给，借助医养结合或居家和社区养老服务改革国家级试点的优势，推动长护险制度的落地。青岛市提出建设“家庭病床”制度，突出医疗护理功能，缓解病人扎堆于三甲医院造成的资源紧张，为二、三级医院和社区门诊提供了稳定的需求。倡导家护、巡护、院护相结合，借力社区养老服务的政策利好和实践成效，尽可能地让失能失智老人在家庭和社区中得到护理。南通市引入辅具租赁制度，为低保家庭开通失能评定绿色通道，免除辅具租赁个人自费部分；同时，启动失能预防和服务需求评估，不断探索创新照护形式。此外，这些城市在长护险发展过程中均注重与医疗、养老政策的衔接，以科学的评估手段增进公众对长护险制度的接纳和认同，使得长护险制度取得较好的运行效果。

路径 3、4 同时出现“市场机制 \* 财政投入 \* 参保范围”这一组合，表明其

在长护险制度运行中作用显著，康养基础、服务、管理及筹资机制等内部条件同样在不同程度上影响着长护险制度的运行。长春、苏州、青岛、嘉兴及石河子市的发展与此相适应。地方政府加强养老服务投入，引导社会资本建设运营护理机构，鼓励商险公司参与经办管理，将参保群体覆盖城乡居民，探索完善服务、管理和筹资机制，进而达到较好的运行效果。长春市使用日常生活活动能力评定量表、综合医院分级护理量表、卡氏评分 KPS 三个量表对失能人员进行考察，评估鉴定更为科学准确。嘉兴市自主实行长护险制度，实践中参保对象不受城乡、年龄限制，只要符合失能等级相关条件，便可享受长护待遇。待遇给付采用劳务为主、货币为辅、实物为补充的多元化形式。石河子市长护险制度满足了部分群体的护理服务需要，但政策认知较为缺乏，报销比例尚未达到保障对象的预期。未来需加强农村、特别是劳动力高流出地区的长护险政策宣传，促进长护险试点向西部内地城市延拓。

路径 5 对应城市包括青岛和上饶市。上饶市的长护险发展是这一组合的代表性案例。上饶市由于地处经济欠发达地区，人均养老服务财政投入有限，康养基础相对薄弱，但在长护险制度运行中响应国家要求，注重政策细节落实。主要措施包括：借力商险公司的作用，提升管理服务能力；建立以个人、企业和财政补贴为主体的筹资机制，提升资金的可持续性；利用数据信息管理系统，实现动态监管；定期召开部门间联席会议，促进涉老政策的衔接；引入辅具租赁服务，适当给予费用补贴；等等。让失能失智群体享受到充分的医养服务，增进对长护险制度福利效应的认知，从而取得较好的运行效果。

总体来看，长护险制度运行效果与内外部条件及服务利用情况均有因果关联。首先，央地政府应注重政策内容设计，以细节推动制度发展。其次，统筹长期护理服务资金，保障财政支持；培育市场机制，激发商险公司活力；吸引社会资本参与，集中优势资源，推动长护险高质量发展。最后，加强与其他保障制度的有效衔接，提升服务利用效率，以切实感知到的福利激励公众接纳和认同，从而提升制度运行效果。

## 五、结论与讨论

### （一）研究结论

福利治理是老龄化时代稳定社会的必要手段，长护险制度建构是福利治理的重要内容。当前，我国长护险的社会需求越来越强烈，应尽快形成稳定的制度安排。本文利用 PMC 指数对长护险政策文本的质量进行量化评价，比较试点城市间长护险试行方案的差异、优势与不足，检验政策制定的优劣，为完善长护险制度设计、加强制度整合提供依据和思路。尔后，采用定性比较分析

(QCA)方法,探明内外部条件、服务利用情况等因素与长护险运行效果的因果关联,有助于支持央地政府在政策决策中统筹兼顾,优化制度设计。制度设计评价和运行效果研究是政策过程的重要环节。探究制度运行效果是否与制度设计的预期目标相一致,是公共管理研究的重要内容。依据一定的质性与量化评价方法,及时对政策进行评价,能够为政策决策提供依据,启发决策者更加重视政策过程的每个环节,促进政策的精进和完善(Palumbo & Nachmias, 1983)。本研究能够为长护险政策框架的完善提供依据,为精准保障和长效服务提供有益的启示。研究得出如下结论:

首先,长护险制度设计亟待优化。试点间长护险制度设计存在较强的差异性,是地方政府充分行使自由裁量权的体现,地方政府往往基于可实现原则设定福利门槛。但是,各试点地区仍需持续努力,从参保范围、筹资机制、评估依据、商业保险参与及基金运作等方面逐步优化政策细节设计。中央政府应统筹制定长护险政策框架,减少不确定性,集中解决长护险基金的可持续问题。

其次,长护险制度运行效果是多重因素共同作用的结果。科学设定参保范围、财政投入、服务机制及市场机制,有助于长护险制度取得良好的运行效果。政府应采用激励性政策工具,激发商业保险公司等社会力量参与,建立多渠道筹资机制,在强化财政兜底和监管职能的同时,推动形成长期护理的多元协同供给格局。

最后,长护险制度设计与运行效果之间存在因果关联。政策质量级别为良好及以上的试点城市,长护险的运行效果也较好。参保、筹资及商业保险参与等要素既影响长护险的政策质量,也关乎其运行效果。

## (二) 研究建议

长护险制度肇始于地方的实践探索,着眼于对失能失智人员长期医养照护需求的深度思考,是社会保险制度更加全面和精细化的体现。运行至今,除了政策引导,更离不开试点城市稳步扎实的实践。未来长护险的发展需从制度设计和实践运行方面持续加强探索。

在制度设计方面,一是立足于“第六险”的定位,建立独立的长护险制度体系。试点城市间加强沟通交流,向青岛市、成都市及南通市等长护险政策质量等级较高的试点地区学习经验,细化筹资、经办及待遇支付各环节的内容设计,激励商业保险公司参与,不断丰富护理服务和产品供给形式。二是建立激励机制和法律机制。以法律的形式将长护险的性质、标准规范加以固化,提升长护险制度的稳定性。三是做好与医疗、养老保险之间待遇的转换和衔接,注重与其他保障制度的衔接融合,尝试将医保基金的筹资比例略微下调,通过费率的平移让渡出长护险的筹资空间,减轻筹资压力。四是坚持普惠原则,优先发展全民参保的法定长护险,进而补充性发展私人长护险,满足更高层次的

护理服务需求。

在实践运行方面，首先，长护险试点城市政府应严格按照政策方案落实“财政投入、参保范围、市场机制、服务机制”等各项内容，把控好失能评估鉴定、经办、管理和服务环节，提升护理服务资源的利用效率。中央政府应抽查监督试点城市的具体落实情况，定期评估运行成效，激励试点城市不断提升长护险制度的质量和运行效果。央地政府应协作发力，减轻长护险的筹资压力，改革支付方式，提升行政管理部门的工作效率。其次，探索以数字技术为支撑，构建长期护理服务网络平台，在保证隐私的基础上，促进资源、信息流动共享，提升服务的针对性。做好服务过程的监督，推动长护险服务质量精细化管理。最后，致力于构建多元参与格局，鼓励社会力量提供长期护理服务和产品，发挥媒体部门的宣传与监督作用，以切实感知到的福利效应激励公众接纳和认同。

### （三）研究的不足与展望

本研究也存在一定的不足。首先，由于研究难以追踪实时动态数据，会带来数据的滞后性，影响分析结果的精确性。未来有必要引入大数据研究方法，提高研究分析的精准度。其次，研究方法本身的局限性。无论是 PMC 指数还是定性比较分析，在指标构建和变量选取中均存在一定程度的主观性。如果方法使用不当，公共政策评估的结果不仅会错误估计政策效应的强度，甚至会错误估计政策效应的方向，从而误导公共政策的制定（刘玮辰等，2021）。未来可扩大样本城市数量，关注民众对长护险的购买意愿以及实施效果的反馈，并可结合多种研究方法进行三角验证，提高研究结论的稳健性。最后，本文探寻了制度设计与运行效果之间的关联，未来还应重点关注长护险政策的执行过程，加强对供给主体间多向互动内在逻辑的探讨。

### 参考文献

- 查尔斯 C. 拉金 (2008). 重新设计社会科学研究. 杜运周等译. 北京: 机械工业出版社.
- Ragin, C. C. (2008). *Redesigning Social Inquiry: Fuzzy Sets and Beyond*. (Du, Y. Z., et al. Trans.). Beijing: China Machine Press. (in Chinese)
- 陈伟、黄洪 (2017). 长期照护制度中的“绩效同构”与“风险共担”: 一个“协同治理”的解释框架. *浙江学刊*, 2: 21 - 29.
- Chen, W. & Huang, H. (2017). “Performance Isomorphism” and “Risk Sharing” in the Long-term Care System: An Interpretation Framework of “Collaborative Governance”. *Zhejiang Academic Journal*, 2: 21 - 29. (in Chinese)
- 戴卫东、余洋 (2021). 中国长期护理保险试点政策“碎片化”与整合路径. *江西财经大学学报*, 2: 55 - 65.
- Dai, W. D. & Yu, Y. (2021). The Fragmentation and Integrating Path of the Pilot Policies of China's Long-term Care Insurance System. *Journal of Jiangxi University of Finance and Economics*, 2: 55 - 65. (in Chinese)
- 和红 (2016). 德国社会长期护理保险制度改革及其启示: 基于福利治理视角. *德国研究*, 31(3): 58 - 72 + 126.
- He, H. (2014). Reform of the German Social Long-term Care Insurance System and its Implications: Based on a Welfare Governance Perspective. *Germany Studies*, 31(3): 58 - 72 + 126. (in Chinese)
- 黄荣贵、郑雯、桂勇 (2015). 多渠道强干预、框架与抗争结果——对 40 个拆迁抗争案例的模糊集定性比较分析. *社会学研究*, 30(5): 90 - 114 + 244.
- Huang, R. G., Zheng, W. & Gui, Y. (2015). Multi-channel Strong Intervention, Frames and Protest Outcome: Fuzzy Set Qualitative Comparative Analysis of 40 Demolition Cases in China. *Sociological Studies*, 30(5): 90 -

- 114 + 244. (in Chinese)
- 江崇光、沈澍、刘纯 (2018). 相互制长期护理保险的制度选择研究. *经济体制改革*, 3: 26 - 32.
- Jiang, C. G., Shen, C. & Liu, C. (2018). Study on the System Choice of Mutual Long-term Care Insurance. *Reform of Economic System*, 3: 26 - 32. (in Chinese)
- 刘金涛 (2014). 老年人长期护理保险制度研究. 北京: 科学出版社.
- Liu, J. T. (2014). *Research on Long Term Care Insurance System for the Elderly*. Beijing: Science Press.
- 刘玮辰、郭俊华、史冬波 (2021). 如何科学评估公共政策? ——政策评估中的反事实框架及匹配方法的应用. *公共行政评论*, 14(1): 46 - 73 + 219.
- Liu, W. C., Guo, J. H. & Shi, D. B. (2021). How to Evaluate Public Policies Scientifically?: The Counterfactual Framework of Policy Evaluation Studies and Matching Methods. *Journal of Public Administration*, 14(1): 46 - 73 + 219. (in Chinese)
- 罗葛妹 (2021). 覆盖 1.4 亿人, 长护险试点难题仍不少. 人民网:  
[http://paper.people.com.cn/gjrbhtml2021-03/22/content\\_2039162.htm](http://paper.people.com.cn/gjrbhtml2021-03/22/content_2039162.htm). 2021 年 9 月 8 日访问.
- Luo, G. M. (2021). Covering 140 Million People, Long-term Care Insurance Pilot Still Has Many Challenges. *People's Daily Online*: [http://paper.people.com.cn/gjrbhtml2021-03/22/content\\_2039162.htm](http://paper.people.com.cn/gjrbhtml2021-03/22/content_2039162.htm). Accessed September 8, 2021. (in Chinese)
- 吕国营、韩丽 (2014). 中国长期护理保险的制度选择. *财政研究*, 8: 69 - 71.
- Lv, G. Y. & Han, L. (2014). The Choice of Long-term Care Insurance System in China. *Public Finance Research*, 8: 69 - 71. (in Chinese)
- 尼尔·吉尔伯特、保罗·特勒尔 (2003). 社会福利政策导论. 黄晨熹、周焯、刘红译. 上海: 华东理工大学出版社.
- Gilbert, N. & Terrell, P. (2003). *Introduction to Social Welfare Policy*. (Huang, C. X., Zhou, Y. & Liu, H. Trans.) Shanghai: East China University of Science and Technology Press. (in Chinese)
- 万筠、王佃利 (2019). 中国邻避冲突结果的影响因素研究——基于 40 个案例的模糊集定性比较分析. *公共管理学报*, 16(1): 66 - 76 + 172.
- Wan, Y. & Wang, D. L. (2019). Research on the Affecting Factors of NIMBY Conflict Outcomes in China: Based on 40 NIMBY Conflicts Cases Through fsQCA. *Journal of Public Management*, 16(1): 66 - 76 + 172. (in Chinese)
- 王进富、杨青云、张颖颖 (2019). 基于 PMC - AE 指数模型的军民融合政策量化评价. *情报杂志*, 38 (4): 70 - 77.
- Wang, J. F., Yang, Q. Y. & Zhang, Y. Y. (2019). Quantitative Evaluation of Civil-military Integration Policy Based on PMC-AE Index Model. *Journal of Intelligence*, 38 (4): 70 - 77. (in Chinese)
- 徐银波 (2021). 论我国长期护理保险制度试点中的争议问题与理论回应. *西南政法大学学报*, 23(2): 17 - 32.
- Xu, Y. B. (2021). On the Controversial Issues and Theoretical Responses in the Pilot Rules of Long-term Care Insurance System. *Journal of Southwest University of Political Science & Law*, 23(2): 17 - 32. (in Chinese)
- 杨团 (2016). 中国长期照护的政策选择. *中国社会科学*, 11: 87 - 110 + 207.
- Yang, T. (2016). Policy Options for Long-term Care in China. *Social Sciences in China*, 11: 87 - 110 + 207. (in Chinese)
- 杨颖 (2020). 老龄化背景下我国老年人长期照护社会性保险法制构建初探. *法制博览*, 12(36): 165 - 166.
- Yang, Y. (2020). On the Legal System Construction of Social Insurance for Long Term Care of the Elderly in China under the Background of Aging. *Legality Vision*, 12(36): 165 - 166. (in Chinese)
- 张盈华 (2020). 中国长期护理保险制度的可持续评价与趋势分析. *人口学刊*, 42(2): 80 - 89.
- Zhang, Y. H. (2020). Estimate and Trend Analysis on Financial Burden of Long-term Care Insurance System in China. *Population Journal*, 42(2): 80 - 89. (in Chinese)
- Dahl, R. (1947). The Science of Public Administration: Three Problems. *Public Administration Reviews*, 7: 1 - 11.
- Estrada, M. A. R., Yap, S. F. & Nagaraj, S. (2008). Beyond the Ceteris Paribus Assumption: Modeling Demand and Supply Assuming Omnia Mobilis. *International Journal of Economics Research*, 2: 185 - 194.
- Estrada, M. A. R. (2011). Policy Modeling: Definition, Classification and Evaluation. *Journal of Policy Modeling*, 33: 523 - 536.
- Fiss, P. C. (2011). Building Better Causal Theories: A Fuzzy Set Approach to Typologies in Organization Research. *Academy of Management Journal*, 54(2): 393 - 420.
- Palumbo, D. J. & Nachmias, D. (1983). The Pre-conditions for Successful Evaluation: Is There an Ideal Paradigm? *Policy Studies*, 16(1): 67 - 79.

责任编辑: 张雪帆