

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^{*}

陈 伟 黄 洪

提要：长期照护理应是一种基于“情境主义”范式的制度性安排，我国对于长期照护概念的引入，比西方及东亚发达国家（地区）晚了近二十年，至今尚未开启“长期照护”的制度化建设。中国是世界上失能老年人口最多、亦是唯一失能老年人口超千万的国家。因应“健康和积极老龄化”、尽快构建一体化的老年照护服务制度，采用“多阶段照顾与分级制护理”的策略已成尽早实施的方向。本文在“协同治理”的解释框架下遵循两条逻辑主线——明线为“绩效”和“风险”、暗线为“公平”和“义务”。制度绩效方面，提出了多元照护主体在“照护制度框架同构”过程中的“照护制度效率增效链条”；服务绩效方面，选取“全景式”和“精准化”双维度来细观“一站式”全生命周期的“长期照护连续统”；制度避险方面，论证政府、市场、社会组织等多元照护持份者达成“高结构拟合度、低度可控型结构风险”的制度设计可能。本文甄选广州市L区作为典型案例、对其长期照护的“地方性事实”进行循证研究，试图为我国长期照护在结构层面的制度化建设提供具有区域前瞻性的启示。

关键词： 协同治理 长期照护服务 制度效率 结构性风险

作者陈伟，女，南京航空航天大学人文与社会科学学院公共管理学系讲师、硕士生导师；（南京）黄洪，香港中文大学社会工作学系副教授、博士生导师。

一、概念考辨与问题意识

长期照护理应是一种基于“情境主义”范式的制度性安排，恰如荷兰哲学家所言，“照护无法被一概而论地理论化，自下而上地、在具体的地点所做的照护研究方能识别其独特的照护逻辑”^①。据2012年欧盟27国数据统计：2010年欧盟国家所使用的长期照护开支占GDP的1.8%，预计到2060

^{*} [基金项目]国家社会科学基金项目(青年项目)“我国城市社区治理的‘绩效’—‘风险’双轴效应研究”[15CSH071]。

^① Mol, A. *The logic of care — Health and the problem of elder care in Sweden. Working Report.* Stockholm, Sweden: Institute for Future Studies, 2008.

年仅提升至 3.4%，这缓慢增长率将影响长期照护的可持续性发展^①。“健康和积极老龄化”(healthy and active aging)何以可能、何以可为？这个 2012 年于“世代间积极老龄化的巩固—欧洲年会”被隆重提出的概念已引入我国愈十年^②，然而，我国长期照护制度化建设却停滞不前，庞大的照护需求已然步步紧逼，主要表现为：器官性失能(肢体活动障碍、智能障碍、抑郁症等)、日常生活能力(ADLs)/工具性日常生活能力(IADLs)下降、社会交往问题。截至 2013 年底，65 岁及以上老年人口已愈 1.3 亿、占总人口的 9.7%，这意味着我国将快速进入以 14% 为界限的“深度老龄化社会”，并预计在 2030 年迎来老龄化问题的井喷期^③，其中最为前沿且棘手的是：中国是世界上失能老年人口最多、亦是唯一一个失能老年人口超千万的国家。2014 年我国部分失能和完全失能的城乡老人人口已超过 4000 万^④，而早在 2011 年由全国老龄办发布的《全国城乡失能老年人状况研究》中，2010 年末我国城镇失能老年人的轻度、中度和重度失能^⑤比例已分别为 74%、10% 和 16%^⑥。后又根据中国健康与养老追踪调查(CHARLS)的最新数据，65 岁以上老年人重度失能率为 12.3%^⑦，加之欧洲国家业已进入探讨长期照护服务资源可获得性的公义性之争(介于年轻使用者和高龄老年/重疾年轻使用者之间)等“深水区话题”^⑧，这些信号都警示着在我国尽快构建一体化的老年照护服务制度、并以“多阶段照顾与分级制护理”为策略，已成亟待解决之需。

自 1978 年以一个专有名词在学界被提出以来，时至今日的“长期照护”仍未能拥有国际通用的标准化概念。经济合作与发展组织(OECD)将长期照护界定为“向失能老人长期提供日常照料、康复、基本医疗服务等一系列服务”^⑨；美国国家卫生统计中心(National Center for Health Statistics, NCHS)曾在 2013 年度“长期照护服务调查报告”中将之界定为“为患有慢性疾病、伤病、身体残障、认知或精神障碍而导致自理能力有限的人提供健康管理、个人护理和支持服务等一系列服务”^⑩。我国的概念引入，比西方及东亚发达国家(地区)晚了近二十年，至今未启动正式的制度性尝试，然而这并不妨碍我国近年来日渐加深的学理探讨：有学者从“制度主义”出发，将“长期照护体系”归纳为尤为失能老人提供经济供养、医疗服务、日常生活照料、精神慰藉“四位一体”的综合照护服务体系^⑪；有学者从“持续性照护”角度来列举发达国家(地区)居家照护、社区照护和机构照护的“一站式”服务理念，及其“分级制”护理理念^⑫；有学者以“正式照护”与“非正式照护”两种照护来源的耦合性来论证长期照护制度构建的可行性^⑬；有学者从经济学的“帕累托最优”出发，主张建立一套评估老年人失能状况、患病程度、

① European Commission. *The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU member states (2010–2060)*. Brussels, Belgium, 2012.

② Dahl, H. M., Eskelinen, L., Hansen, E. B. *Coexisting principles and logics of elder care: Help to self-help and consumer-oriented service? International Journal of Social Welfare*. 2015, vol. (24), pp. 287–295.

③ 李明、李士雪：《中国失能老年人口长期照护服务体系的发展策略》，《山东社会科学》2014 年第 5 期，第 95–99 页。

④ 党俊武、周燕珉：《老龄蓝皮书：中国老年宜居环境发展报告(2015)》，社会科学文献出版社，2016 年。

⑤ 根据国际通行标准以吃饭、穿衣、上下床、上厕所、室内走动、洗澡 6 项指标，1–2 项项目无法自行完成可定义为“轻度失能”；3–4 项可定义为“中度失能”；5–6 项可定义为“重度失能”。

⑥ 朱铭来、朱浩：《长期照护保险的筹资规模和机制探讨》，《中国医疗保险》2016 年第 9 期，第 31–37 页。

⑦ 曹信邦：《中国失能老人公共长期护理保险制度的构建》，《中国行政管理》2015 年第 7 期，第 66–69 页。

⑧ Gautun, H., Grodem, A. S. *Prioritising care services: Do the oldest users lose out? International Journal of Social Welfare*, 2015, vol. (24), pp. 73–80.

⑨ Wong, A., R. E. Groot, J. Ponder, et al. *Predictors of Long-Term Care Utilization by Dutch Hospital Patients aged 65+*. *BMC Health Services Research*, 2010, vol. (10), pp. 110.

⑩ Harris-Kojetin L., Sengupta M., Park-Lee E., Valverde R. *Long-term care services in the United States: 2013 overview*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2013.

⑪ 张云英、胡潇月：《城市失能老年人长期照护体系研究综述——基于 2002–2015 年国内外文献研究》，《湖北经济学院学报》2016 年第 4 期，第 80–86 页。

⑫ 周春山、李一璇：《发达国家(地区)长期照护服务体系模式及对中国的启示》，《社会保障研究》2015 年第 2 期，第 83–90 页。

⑬ 刘德浩：《长期照护制度中的家庭团结与国家责任——基于欧洲部分国家的比较分析》，《人口学刊》2016 年第 4 期，第 36–47 页。

家庭资源等的“家计审查”系统,以此实现长期照护准入制度和分级管理制度的建构^①;有学者从“公平”与“效率”两个维度来提倡构建一个统账结合的社会保险筹资机制,但对于融资的可获得性和增值空间、对于给付方式背后的全民覆盖公平性尚不能给出因地制宜的精准测算标准^②;有学者从“专业化”维度倡导在构建我国长期照护保险制度的过程中,借鉴德国在货币补偿的理念中嵌入社会工作、志工、社会服务专业化的先进策略^③。

综上所述,现时对长期照护制度化建设的研究及讨论,内容远不止于制度文本、结构框架、保险筹资等,更包含了制度建设与公民需求之间“主体间性”的情感交互,这很符合马歇尔传统对“社会公民权”(social citizenship)的申论^④。结合他国经验以及我国的具体处境,本文更倾向于将长期照护界定为“因应进入老年生命周期之后可能会经历的‘急性病—慢性病—部分失能—完全失能—临终关怀’几个不同阶段而设计的连续式照护光谱(care continuum/spectrum)。服务层次包含日常生活照护、复康照护、医疗照护和宁养服务;服务类型主要是居家养老服务、社区老年服务、机构照顾(全日制院舍服务和非全日制喘息服务、亦可在长照建制成熟之后纳入机构式临终关怀、医院中设置“安宁病床”);服务手法由社会工作专业技能(个案管理、社区社会工作、医务社会工作等)和照护伦理贯穿照护服务始终”。在明确长期照护的概念立场之余,本文将长期照护的制度建设诠释为“规制”、“险制”和“法制”的“三制合一”(图1):①长期照护结构性制度、②长期照护保险制度、③长期照护法律制度^⑤。然而,限于我国现阶段的发展现实,本文的讨论重点集中于长期照护结构性制度的建设;与此同时,在服务提供、财政融资种种环节出现的需求如照护来源的非单一性、资格审查的新管理主义、融资渠道的社会化、服务质素的专业性植入等,均要求多元照护持份者走向协同合作,所以本文选取“协同治理”作为解释框架、以“绩效”和“风险”作为论证我国长期照护结构性制度的两项重要指标,来试图回应对“健康和积极老龄化”何以可能、何以可为的存疑。

图1 长期照护制度的“三制合一”

| | | |
|---------|----------|--|
| 结构层面·规制 | 长期照护制度架构 | 政府(民政部、人社部、卫计委、残联等)、市场、非营利性社会机构、家庭及个人 |
| 保障层面·险制 | 长期照护保险制度 | 财政专项拨款、医疗保险统筹账户和个人账户的比例调整、商业保险等(如,城镇职工/居民护理保险) |
| 法律层面·法制 | 长期照护法律制度 | 如,老年长期照护法案 |

二、协同治理下“绩效—风险”双效能的长期照护结构性制度

协同治理(Collaborative Governance),在西方社会学语境中问世已逾十年^⑥。然而,我国跨部门协作研究领域对“协同治理”的本土化援引还十分有限;有学者将协同治理归纳为继“公共事务政府管理”、“公共事务社会管理”之后的“所有利益攸关者共管共治公共事务”^⑦;已有学者提出了对“老年照

① 李明、李士雪:《中国失能老年人口长期照护服务体系的发展策略》,《山东社会科学》2014年第5期,第95—99页。

② 朱铭来、朱浩:《长期照护保险的筹资规模和机制探讨》,《中国医疗保险》2016年第9期,第31—37页。

③ 刘涛:《福利多元主义视角下的德国长期照护保险制度研究》,《公共行政评论》2016年第4期,第68—88页。

④ Marshall, T. H. *Citizenship and social class and other essays*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1956.

⑤ 我国尚未建立长期照护保险制度,除了“三无”老人(城镇居民中无劳动能力、无生活来源、无赡养人和扶养人,或者其赡养人和扶养人确无赡养或扶养能力的60周岁及以上老年人)和“五保”老人(我国农村对无劳动能力、生活无保障的老年人实行保吃、保穿、保住、保医、保葬五个方面的社会保险)之外的绝大部分失能老人入住养老机构均由其所在家庭或个人承担。

⑥ John Donahue. *On Collaborative Governance*. Cambridge: Harvard University, 2004.

⑦ 燕继荣:《协同治理:社会管理创新之道——基于国家与社会关系的理论思考》,《中国行政管理》2013年第2期,第58—61页。

护协同治理结构”的初步设想^①。这使得协同治理的出现,为我国尚无长期照护制度、却适逢跨部门协作实践不断涌现的“实然”提供了一个重要的理论启蒙,在此,“协同治理”被诠释为“强调一种‘制度化了的’协同合作,即协同合作的行动者之间是否生成了一种较为稳定的结构、结构中的行动者之间能否产生某种内生性的行动秩序,而对行动秩序的评量标准则建立在协同治理的‘绩效同构’与‘风险共担’的双效能之上”,希冀在有形的长期照护结构性制度中探究一种无形的“绩效同构”—“风险共担”的双效保障^②。值得一提的是,本文将“绩效”细分为“制度效率(institutional effectiveness)”和“服务绩效”分别阐释。

1. 长期照护“制度效率”的保障链条

恰如米歇尔·福柯所认为的“对于需求的诠释和认同是一个政治过程”^③。追踪制度文本,2011年12月国务院颁发《社会养老服务体系(2011—2015)》,对长期照护体系建设做出发展性部署;2016年6月27日,人力资源和社会保障部办公厅下发《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》,在广州、上海、苏州、宁波等15个城市进行为期1—2年的护理保险资金筹集试点工作^④。照护来源方面,我国学者认同世界卫生组织的界定^⑤并进一步提出长期照护是既包括专业护理、又包括非专业性照料及服务保障系统的不同社会部门所构成的制度性体系^⑥。筹资机制方面,2011年9月《中国老龄事业发展十二五规划》中提出“要积极研究探索老年人长期护理制度,鼓励、引导商业保险公司开展长期护理保险业务”;亦不乏学者主张通过社会保险来建立风险分散、责任共担的老年人长期照护保障制度^⑦。不难知悉,无论政治话语、抑或学术研究,已隐约产生了对长期照护结构性制度和长期照护保险制度双制共建的需求,然而受限于我国长期照护结构性制度尚在建构中(上海、青岛的制度性试点尚不到推开的成熟时机),因此,本文仅在长期照护制度的横截面中截取结构性制度作为此次的研究重点。然而长期照护的结构性制度又从何谈起呢?协同治理理论中的两大关键概念——“协同性”和“协同增效”,为笔者提供了基本解释框架、遂而牵引出本文有关“制度绩效”的保障链条一说。

“协同性”包含一种结构功能观,它是对照护系统内各部门结构性分布的抽象表达;“协同增效”则包含一种对制度成效的评估,它是长期照护在制度层面的绩效表现。假设运行于“强协同性”下的长期照护制度框架,其间各部门的照护功能不但拥有较大的权力允许空间,部门与部门之间亦能够在“强关系”中形成“部分之和大于总体”的“协同增效”,这种现象可被归纳为多元照护主体在“照护制度框架同构”的过程中同时达至的“照护制度效率同构”。为了进一步厘清这个过程,笔者将在接下来本文的实证研究中着重剖析一条潜藏的“制度绩效”保障链条:照护部门之间的“利益契合程度”——“照护认知共谋”——“主体间协同性”——“协同增效”。

2. 长期照护“服务绩效”的全景式和精准化

长期照护作为一项公共服务产品,其“绩效同构”还体现在服务绩效维度。本文所指的“全景式”是把居家养老服务、社区老年服务、机构照顾视为一种“服务绩效”在照护类型“光谱”中的同构;“精准

① 刘亚娜:《中美老龄者家庭长期照护比较与启示——基于美国“国家家庭照护者支持计划”的考察》,《学习与实践》2016年第8期,第106—115页。

② 陈伟、殷妙仲:《协同治理下的服务效能共谋——一个华南“混合行动秩序”的循证研究》,《学习与实践》2016年第10期,第82—93页。

③ Foucault, M. *Discipline and punish: The birth of the prison*. Translated by Alan Sheridan 1979. New York: Vintage, 1977.

④ 文件详见中华人民共和国人力资源和社会保障部: http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/shehuibaozhang-zcw201607/t20160705_242951.html.

⑤ WHO Study Group. *Home-Based Long Term Care*. WHO Technical Report Series 898. 2000.

⑥ 娄方丽、尚少梅:《“Long-term care”概念辨析》,《护士进修杂志》,2012年第22期。

⑦ 朱铭来、朱浩:《长期照护保险的筹资规模和机制探讨》,《中国医疗保险》2016年第9期,第31—37页。

化”是把社会照护(social care)和医疗照护(medical care)视为一种“服务绩效”在护理分级维度中的同构。

“全景式”的绩效评价标准在于三种不同照护模式的可接续性、服务的供需对接匹配度、不同类型服务使用者的全覆盖等,它近乎于一种“全景式”的开放型照护系统设计,并不十分强调每一种照护模式的严格边界,而相对注重能否实现一个提供“一站式”全生命周期的“照护连续统”(图2),旨在服务输送环节缔造多元选择空间、使老年服务使用者在接受照护的过程中伴随公民权的强获得感。以美国为例,近年来通过更新“工具性日常生活能力”(IADLs)的基建^①、对居家照护和社区照护进行房屋设施整合,更贴合了选择“在地化养老”的老年服务使用者^②。“精准化”的绩效评价标准在于不同层次照护服务的低重复性、高辨识度、强专业性,它看重“精准化”的照护服务配置、旨在不断接近老年服务使用者作为终端消费者的需求“精准度”。如,日本分别于2005年和2011年对其长期照护体系进行了改革,较为显著的改变在于升级护理级数、以需求评估为导向的“分(社)区制”差异化服务输送、将正式医护资源嵌入私领域形塑“居家医疗”新模式^③。又如,1991年至2011年,挪威90岁及以上高龄老人在机构中接受长期照护的数字从50%减至三分之一^④,皆因发达国家(地区)不断尝试提升其“正式医疗资源民间化使用”的可获得性,从而使“医养融合”概念在长期照护服务中的权重不断增强。虽然对“服务资源的精细化”提出了更高要求,但在“需求满足的精准化”和“风险的低度可控性”层面却逐渐引入了一种尤适于失能老人群体的“社会投资”范式^⑤。

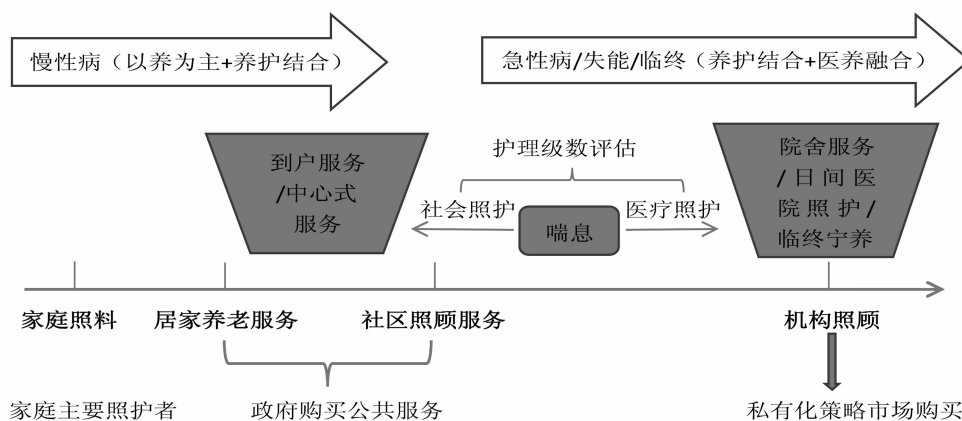


图2 生命周期视角下的长期照护“连续统”

3. 长期照护中“风险共担”何以可能？

一项制度的优越性,往往体现在各制度主体能够促成的绩效有多高?而一项制度的可持续性,则须审视其所产出绩效的保值增值空间有多大?这涉及到长期照护制度化建设中的另一重要指标——风险。欧洲国家的长期照护政策明确提出了长期照护对于“权责共担”(co-responsibility)的重要影

① 国际上通常将“躯体生活自理量表”(PSMS)和“工具性日常生活能力量表”(IADL)加以结合、形成“日常生活力量表”,用以鉴定老年人失能状况。

② Migette Kaup March. *Life-Span Housing for Aging in Place: Addressing the Home as an Integrated Part of the Solution to Long-Term Care in America*. *Seniors Housing & Care Journal*, 2009, vol. (1), pp. 101-113.

③ Mie Morikawa. *Towards community-based integrated care: trends and issues in Japan's long-term care policy*. *International Journal of Integrated Care*, 2014, pp. 11.

④ Ram, J. *Use of health services among the elderly* (June 2013). Oslo, Norway: Statistics Norway, 2013.

⑤ Morel, N., Palier, B., Palme, J. *Towards a social investment welfare state? Ideas, policies and challenges*. Bristol, UK: The Policy Press, 2012.

响力^①。

“制度化了的”长期照护架构,经由多元照护主体在合理秩序中达成“高结构拟合度、低结构风险”的优化组合,可被视为在政府、市场、社会、家庭等照护持份者之间柔性运行的“混合经济照护”;又可被视为在“关系社会学”中“关系的”本体论基础上形塑一种多元照护主体之间既可弥合彼此照顾效能、又可合力规避结构性风险的“风险壁垒能力”。如此一来,方可论及“风险共担”的可能性。

现阶段我国的长期照护现实应被保守归纳为一种倡导资源外判(out-resourcing)导向的类“混合经济照护”,而所谓“风险壁垒能力”,体现在某种制度安排能够通过结构功能的优化组合或“零和游戏”式的组织汰旧换新来提升制度资本的运作能力。若能同时做到降低制度的支出成本,或是单纯保持制度支出成本不变,那么制度运行的高投资回报率便是高“风险壁垒能力”的依据。需要警惕的是,“变迁了(中)的制度必然带有原先制度路径选择的掣肘^②”,而每一种独立的制度本身都存在原始风险,因此多元照护主体在制度磨合的过程中有可能带来不同原生照护模式的风险叠加。那么,新制度的走向便是风险评估的又一重点:是继承原有制度的“红利”继而演化为一种制度效率的恒定累积?还是伴随制度运行出现结构性风险的叠加、甚至在“风险壁垒能力”失灵之后演化成“制度逆变”^③?

就我国现有的养老布局来看:老龄委牵头,民政部养老,社会支持、康复和护理;人力资源和社会保障部负责建立医疗保险、养老保险、护理保险、社会支持保险;国家卫生计生委负责医疗、康复、护理和临终关怀。不难知悉,此布局仅仅是将大部委之间简单地由“养一险一医”三条主线进行拼接,缺少厘清“承包方—供应方—终端消费者”之间具体权责分担的结构功能思维,不但低“风险壁垒能力”可想而知、还很可能滋生某些照护主体的“搭便车”或“寻租”行为而对制度结构造成二次风险。因此,从长期照护的服务类型化入手,厘清“风险共担”的权责边界尤显重要。

居家养老,主要由各级民政部门针对民政老人(如,三无老人、有特殊贡献的老人、百岁老人、享受低保且生活不能自理的老人、家庭人均月收入在300~500元之间且生活不能自理的空巢老人等)提供一种视福利需求等级而定的非普惠性、差异化的到户式服务(in-home care),照护权责归属于各级民政部门,通常具体落实于传统的“街居责任制”、实行“社区网格化”的包管包干。社区照顾,主要针对企业退管老年提供一种倡导“公共服务购买”理念的中心式服务(center-based service),具体服务场域有如1999年经由“星光老年计划”而悉数建立于各城市社区的“社区服务中心”、自2009年至今以广州为代表的每条街道创办一间“家庭综合服务中心”(现已发展了188个街镇和社区级家庭综合服务中心)等,照护权责尚未明确归属,但根据受益人群的细分建议可在人力资源和社会保障部、国家卫生和计划生育委员会、残疾人联合会等正式部门之间引入“任务分工模式”。除此之外,由于社区照顾提倡“公共服务购买”,因此从“委托—代理制”中可衍生出对第三部门的照护权责归属、以及通过“私有化策略”(privatization)对市场机制的照护权责进行规范化要求。机构照顾,大致分为全日制院舍服务和非全日制喘息服务。前者主要有老年护理院(nursing home)、老年公寓(residential home)等根据护理级数评估限定入住的公办或公办民营照护机构;后者则主要有日间医院、日间照护中心等旨在为失能老人提供短期照料、释放家庭主要照护者负担的康复机构。权责归属视具体的机构法人性质、机构监管单位、机构资金来源组织等具体判定。

正如2012年12月新修订的《老年法》第30条:“对长期不能自理、经济困难的老年人,地方各级

^① Ranci, C., Pavolini, E. *Reforms in Long-term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*. New York: Springer, 2013.

^② North, D. C. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

^③ 制度逆变,是指制度在执行过程中出现与制度设计初衷背道而驰的制度实施结果。

人民政府应当根据其失能程度等情况给予护理补贴”，我国目前的长期照护服务普遍以“健康状况（主要是生理方面）”和“经济状况”两个指标作为接受照护保障与否/程度的资格前提，实质是一种“风险导向的评估”（risks-led assessment）^①，归因于政府在照护权责方面的“有限性”和“补缺型适度原则”。然而辩证思考，却恰恰为多中心的照护制度安排缔造了政府以外的责任空间、为非行政力量提供了参与“风险共担”的机会。只不过权力的承接与义务的“寻租”往往相生相长，这意味着制度资本的向下流动体现了公民性、却也伴随着风险性，缺乏经验的新兴执权部门很可能对制度本身带来更大伤害，这便是本文在使用协同治理解释长期照护结构框架之时尤为警惕风险的原因所在。

综上，无论社区居家养老服务、拟或机构照顾，照护权责均提倡由政府、市场、社会组织、家庭及个人多部门承担。西方福利学者一直在探索从学理层面搭建一个长期照理想模型^②，倡导多元照护持份者之间半开放式可交互性参与的“混合经济照护”模式。然而“混合经济照护”在我国不可能是一个完全遵照理想模型的理念移植过程，它必然受到“情境主义”的影响，须因应特殊社会情境而形成“情境主义”导向的适宜性逻辑，而“适宜性”的标准则在于规避结构性风险的实用主义价值观，能够应对政府、市场、第三部门、公民四个主要照护持份者很可能面临的“照护失序”困境。这些困境包括“政府失灵”/“无政府责任兜底的购买”、“市场失灵”/“无市场竞争的购买”、“评估失灵”/“无第三方绩效风险评估的购买”，此外，困境下的风险或是多困境下的风险是会叠加的。

三、“绩效—风险”双效能的长期照护社区实践：一个广州“协同治理”的个案

本文选取我国长期照护实践最为活跃的广州，截取城中老年照护服务最具典型性的L社区作为细观我国本土情境中的长期照护“地方性事实”（图3）。据2016年统计调查，L社区所在的行政区位于城西，约有60岁以上老年人口17.7万人、占全市总人口的24.49%，在十一个行政区中老龄化程度最严重，其中L社区早在2010年已是老年照护服务四大窗口示范单位之一。

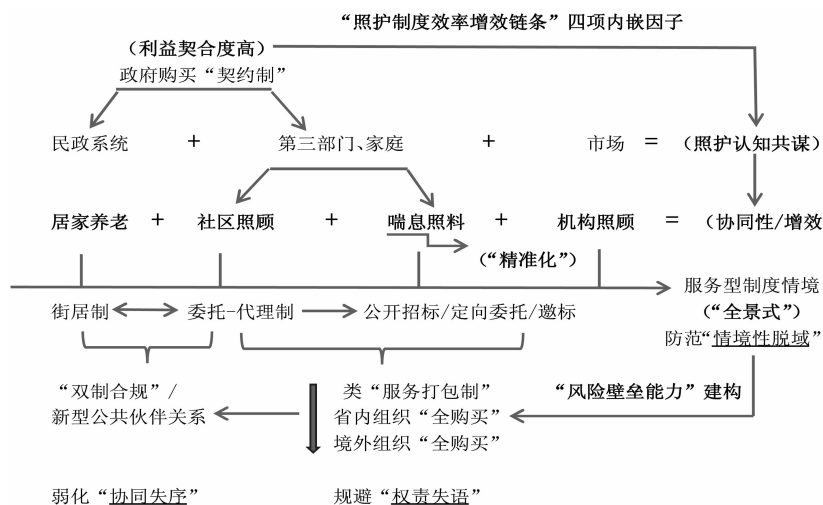


图3 L社区田野调查缩略图——长期照护结构性制度的基本框架

① 陈伟、黄洪：《批判视域下的老年社会工作：对社区居家养老服务的反思》，《南京社会科学》2012年第1期，第70—77页。

② Estes, R. J., Zhou, H. Q. A conceptual approach to the creation of public-private partnerships in social welfare. *International Journal of Social Welfare*, 2015, vol. (24), pp. 348—363.

1. “街居制”与“委托一代理制”双制合轨中的“制度绩效”保障链条

L社区之所以被甄选为“积极个案”主要由于它较高水平的“制度绩效”保障链条。该社区的“家庭综合服务中心”^①中拥有一个独立的“长者家园”，提供以到户服务为主的居家养老服务、非全日制的社区照顾服务、日间喘息照料、全日制的小型机构照顾。依照“利益契合程度”——“照护认知共谋”——“主体间协同性”——“协同增效”四个内嵌因子：首先，L社区一直采用“街居制”和“委托一代理制”的双制合轨来共同承接辖区内的长期照护，依托项目、按年度契约发包至驻区的某香港社会服务组织。自“十二五”伊始至今，无论是行政导向的社区工作者、还是服务导向的社会工作者，对当前这套属地化明显的“规制”已形成了基本认知，各部门介于契约合同的可延续性而存在不约而同的利益诉求，多年协同合作的经验形塑了较为稳定的利益契合度。其次，谈及照护认知共谋，L社区将社区居家养老服务和机构照顾在空间场域上做了融合式营造，因此，“长者家园”是一个集中心式服务、喘息式照料、机构式照顾于一体的“一站式”长期照护场域。半开放式可交互性空间布局打破了对机构照顾隔离感的诟病、使分级制照护理念无需强制灌输亦能潜移默化地传递在服务使用者中间。冲破服务类型相互隔离的“藩篱”是对服务素质的专业自信，而半开放式的服务场域本身亦是建造一个公众舆论监督的平台，使照护认知的共谋在很大程度上借力于自然而然的感知力集聚效应。最后，论及主体间协同性，L社区在“政府购买公共服务”领域已逐渐稳固了一种“混合行动秩序”，笔者在前期研究中不仅发现此秩序中的行动者在“服务治理”过程中展现出了较强的部门“协同性”，亦从“协同增效”维度中窥探出其综合表现良好的“服务效能共谋性”^②。

2. 全景式“服务型制度情境”与“低度竞争性”精准化服务探索

从“全景式”和“精准化”两个指标来看“服务绩效”，一方面，L社区的“整体主义”养老观旨在营造一个“规模小而类型全”的全景式“服务型制度情境”，每一个照护类型都有其对应的主要制度主体：居家养老对应于以民政系统为主的政府部门、社区照顾对应于以非营利性专业社会组织为主的第三部门、机构照顾对应于营利性的市场机制、现阶段的日间喘息照料映衬出非正式照护来源中的家庭主要照护者。在这情境中细观“地方性事实”背后的行动者策略，有助于辨析如上所述的政府、市场、第三部门、公民其各自所代表的“组织权”能在多大程度上获得“制度允许”。另一方面，长期照护服务的“精准化”并不满足于回应终端消费者阶梯式的需求、更潜藏了公义诉求。以L社区的日间喘息照料为例，它是一项“有门槛”的照护服务类型，时常遭遇“长期照护服务丛”中的最高等级服务难度和递送匹配度。近年来，L社区作为城中“医养融合”的窗口单位在其日间喘息照料服务中植入谨慎的“低度竞争性”，具体做法是通过“公开招标”/“定向委托”/“邀标”等方式甄买专业“供应方”（全科医生、物理治疗师、康复护士）。整个购买过程遵循将“正式医疗资源做到民间化使用”的理念，希望精准化地引入正式医疗资源以便保持“医疗照护”的纯度，进而与“社会照护”天然区隔开来。目前，日间喘息照料的服务保有量只能视供应方的实际照料能力而定，事实上在筛选部分有资质的供应方的同时亦是自动屏蔽部分有高出实际照料能力之护理需求的终端消费者的过程，而这部分失能老人应何去何从？正是催促我国长期照护事业发展的重要原因。

3. 对“情境性脱域”、“协同失序”、“权责失语”的风险规避

通过田野实证走访，笔者发现从制度情境、制度结构、制度认同三个层次入手，有益于了解现阶段

^① 2011年9月，广州市政府出台了《关于加快家庭综合服务中心建设的实施办法》，要求全市每条街道至少建有1个家庭综合服务中心；截至2015年，全市已有188个中心系数成立。

^② 陈伟、殷妙仲：《协同治理下的服务效能共谋——一个华南“混合行动秩序”的循证研究》，《学习与实践》2016年第10期，第82—93页。

L社区在“情境性脱域”、“协同失序”、“权责失语”方面率先呈现出的“风险壁垒能力”建构成效。制度情境方面,L社区的全景式“服务型制度情境”首先保证了长期照护的制度实践在具体落地时不至于出现“情境性脱域”的风险。制度结构方面,L社区内“街居制”和“委托一代理制”的双制交互性,具体表现为体制内与体制外组织之间有关“服务管理”与“服务生产”的“协同性”;不止于此,与日俱增的购买意识亦在一定程度上提醒权力主体去反思甚至防范购买过程中由“虚假竞争”带来的“形式协同”风险。在意识到这种风险对“协同性”具有摧枯拉朽的破坏力之后,L社区更加重视培养体制内内行政派出机构(街道居委)与体制外组织(以社会工作为导向的公共服务型社会组织)之间的新型公共伙伴关系,关系中,二者均会适宜性地选择情境适配度高的行动策略,以避免“协同失序”的风险发生。制度认同方面,由于基层执政精英对体制内话语权结构单一化风险的某种担忧,他们担心结构“在场”和功能“不在场”的制度形式主义对制度认同是不利的,为了克服体制外组织的“不在场”或“权责失语”风险,L社区展现了从“浅表认知”到“积极认同”的蜕变过程。近年来,L社区在遴选代理组织的过程中经历了三段专业导向不断明确、组织接纳度日渐开明的供应方更换历程:最初由街居自行孵化互助式社会服务组织开启类“服务打包制”、中间过渡到对城中首家社会工作服务机构的“全购买”、三年契约期满之后为规避服务固化的风险同时为满足服务的进阶需求而大胆启用某香港社会服务组织。由此可见,L社区对体制外组织的“放权”是一个阶梯式的认知转变过程,是让竞争围绕品质、让权力回归公众的过程。因为“政府购买公共服务”生产链条的多元化和“公共服务购买权”的“低度竞争性”迟早会带领遵循理性选择的承包方和终端消费者自动流向最有效率的产品供应方,而基层执政精英率先放开紧握的“组织权”、让体制外组织有参与制度的机会,这无疑使组织间的竞争因被剥离了权力之争而越发纯粹透明,回归对服务(人员)竞争力的关注。“买供需三方理性选择”和“组织间高度协同低度竞争”的存在化解了“表面高信度、实质低效度”的制度性风险,通过制度认同使当今普遍存在的“群体失语”和“参与冷漠”在基层逐渐回温。

四、结 语

本文主要以协同治理为解释框架,选取广州城中一个“长期照护”的积极个案、细观其“绩效同构”——“风险共担”双轴互动性的实证研究。囿于我国长期照护尚只停留在稍显碎片化的倡导型政策文本、未有相应保险制度和法律制度出台、鲜有区域性特征明显且扩散效应强的制度架构“实然”,使笔者意识到需率先从结构性制度安排的角度进行厘清。制度绩效层面考量的是通过“利益契合程度”——“照护认知共谋”——“主体间协同性”——“协同增效”四个内嵌因子,来理顺多元照护持份者之间同构的“照护制度效率增效链条”;服务绩效层面考量的则是长期照护在服务的类型化和精准化方面所能达到的公平性和公民性;风险权责层面更多强调一种精英“简政放权”与平民组织获权之后制度义务的共担意识。概言之,“广州模式”仅仅是长期照护在结构性制度层面的积极探索,本文在协同治理的理论指引下遵循两条并行不悖的逻辑主线:明线为“绩效”和“风险”;暗线为“公平”和“义务”。这两组主线在L社区长期照护实践中均有积极呈现,这或许能助之快速形成区域间的“涟漪效应”,扎根成“地方性知识”从而为“广州模式”得以“走出个案”提供理念上的可能,更为我国长期照护在结构层面的制度化建设提供前沿启示。

责任编辑:张 平