

Government Responsibility in Long-Term Care Insurance: Experience, Difficulties and Future Choices

Wei Xue

Nanjing Normal University, Nanjing Jiangsu
Email: 327255157@qq.com

Received: Jan. 9th, 2019; accepted: Jan. 22nd, 2019; published: Jan. 29th, 2019

Abstract

At present, China's family care function is weakening, but the demand for nursing is rising rapidly. It is imperative to establish a long-term care insurance system based on the experience of other countries. In this process, government responsibility plays a key role in the top-level design of the system and in all aspects of its implementation. This paper first introduces the advanced experience of Japan and South Korea, which belongs to the East Asian welfare model, then analyzes the difficulties faced by China in the system pilot, and then explores the responsibility of the government in building a long-term care insurance system suitable for China's national conditions.

Keywords

Long-Term Care Insurance, Government Responsibility

长期护理保险中的政府责任：经验借鉴、面临困境与未来选择

薛 玮

南京师范大学，江苏 南京
Email: 327255157@qq.com

收稿日期：2019年1月9日；录用日期：2019年1月22日；发布日期：2019年1月29日

摘 要

当下，我国家庭照护功能不断弱化，但护理需求却飞速上涨，借鉴他国经验建立长期护理保险制度势在必行。

必行。在这一过程中，政府责任体现在制度的顶层设计以及具体实施的方方面面，发挥关键作用。本文首先介绍了同属东亚福利模式的日本、韩国的先进经验，接着分析了我国在制度试点中面临的困境，进而探索政府在建设适合我国国情的长期护理保险制度时应承担何种责任。

关键词

长期护理保险，政府责任

Copyright © 2019 by author(s) and Hans Publishers Inc.

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

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



Open Access

1. 引言

根据中国城乡老年人生活状况第四次抽样调查结果，目前我国老龄工作和老龄事业还难以完全适应人口老龄化快速发展的客观需要。其中，老年人健康问题突出，全国失能、半失能老年人大致 4063 万人，占比 18.3%，将近 1000 万老年人属于失智群体。与此同时，伴随少子化、家庭核心化和女性劳动参与率的提升，家庭的照护功能不断弱化，老年人的长期护理需求得不到满足。政府作为社会治理的主体，需要探索解决这一难题的政策措施。

自 20 世纪中后期以来，荷兰、美国、德国、日本、韩国等相继建立了长期护理保险制度，成效显著，缓解了老年人护理供需不足的矛盾。我国的一些地市政府如青岛、上海、南通等积极学习先进经验，率先开始了长期护理保险模式的探索。这一制度很快进入到政策制定者的视野，十八届五中全会明确提出在“十三五”期间探索建立与我国国情相适应且独立于医疗保险之外的具有社会保险性质的长期护理保险制度。2016 年，人社部出台《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)，制度建设步入正轨。

2. 借鉴缘由：日韩模式之于我国的适用性

本文之所以选择日本和韩国作为借鉴对象主要是因为东亚地区的社会保障体系具有同质性。埃斯平·安德森(Esping-Anderson)的研究对象主要是西方发达国家，东亚地区的福利制度无法归入他提出的自由主义、保守主义和社会民主主义这三种类型。古德曼等人早在 1998 年就提出东亚福利模式的概念[1]。本部分将从社会保障制度模式的四个基本维度即建制理念与福利文化、需求满足与责任承担、制度结构、发展路径来分析我国与日、韩两国社会福利模式的同质性[2]。

2.1. 建制理念与福利文化具有共性

中、日、韩三国的福利发展理念基本上可以概括为：基于经济发展而非社会公平，追求化解个体与群体风险和社会稳定而非公民的平等权利，崇尚集体主义、群体至上而非强调个人自由与尊严。同时，东亚地区的福利文化普遍强调集体主义与儒家的“孝文化”，社会保障制度具有补充家庭保障功能的鲜明特征。在东亚地区，社会保障制度的工具性价值明显高于这一制度的目的性价值。

2.2. 需求满足与责任承担具有共性

中、日、韩三国家庭保障功能强大，政府强势主导，法定社会保障制度具有较明显的补救性特征[3]。个体在遭遇风险时首先会选择依靠家庭或家族的力量，所在社区或企事业单位亦会发挥相应的扶助作用，

但它们在某种意义上具有家庭延伸的性质。政府则扮演着强势主导者的角色，在规范家庭保障，引导单位保障的同时，提供满足国民个体福利需求的相应保障。就这一点而言，三国的社会保障制度具有较为鲜明的补救性特征。

2.3. 制度结构具有共性

中、日、韩三国的社会保障制度都呈现出一个共同的特点：以缴费型制度为主，兼具保守主义、自由主义与发展主义，属于典型的混合型制度安排。同时，突出强调个人权利与义务的对应关系，强调与收入和就业挂钩，缴费型的各项社会保险与公积金之类的保障性制度构成了这些国家和地区社会保障制度的主体，而直接由国家财政支持的财政性社会保障项目却发展薄弱，呈现出一种“重保险，轻福利”的制度结构。

2.4. 发展路径方面具有共性

中、日、韩三国均遵从从劳动者到全体公民，从人力资本投资到生活质量保障的发展路径。一方面，三个国家均建立了以社会保险为主体的社会保障体系，这使得早期的社会保障对象集中在劳工群体，另一方面，社会保险计划中的待遇领取与就业年限、工资水平挂钩，自然会激励劳动者遵守劳动纪律并努力工作。在为劳动者提供社会保险后，才开始构建覆盖全民的社会保障体系。同时，东亚国家均采取的是人力资本投资项目优先取向。

综上所述，这些共性使得东亚地区(中、日、韩)的社会保障模式有别于其他地区，也充分说明同处一个模式中的日韩两国经验对我国的借鉴价值。长期护理保险作为社会保障体系的新兴重要内容，深入研究日本和韩国的经验，对我国的制度构建具有重要意义。

3. 经验借鉴：日韩长期护理保险中的政府责任分析

前文已提到，东亚福利模式的一个重要特征是政府扮演着强势主导的角色。那么在日本、韩国的长期护理保险制度中，两国政府的责任体现在何处呢？本部分将从制度设计、财政支持力度、管理运营、护理等级评估机制以及配套措施五个方面予以分析。

3.1. 制度设计

在进行长期护理保险制度的顶层设计时，模式的选择以及覆盖人群的确定是非常重要的两个方面。日本、韩国在这两方面既有相似之处，也存在差异。

3.1.1. 模式选择

国外长期护理保险总的来说可以分为两种模式，即社会长期护理保险与商业长期护理保险[4]，法、美两国选择的是商业护理保险制度，日本和韩国均采用的是社会长期护理保险[5]。

3.1.2. 确定覆盖范围的原则

韩国依照“护理保险遵从医疗保险”[6]与普遍主义原则，以全民为参保对象，根据医疗保险覆盖范围确定护理保险的参保对象。而日本依照“护理保险遵从养老保险”[7]与选择主义原则，在参保年龄上予以限制，即40岁以上才能参加护理保险，并认为长期护理保险主要的受益对象是老年人，因此其参保对象主要为老年人。

3.2. 财政支持

国家财政支持力度大小反映了政府对于该制度的重视程度，是政府责任的重要体现。日、韩两国在

财政支持方面存在显著差异。

3.2.1. 日本的财政支持

日本长期护理保险资金主要来源于税收、保险支付费用和服务使用费，保险支付费用的一半由中央和地方政府共同承担，比例为都道府县和市町村各 12.5%、中央政府 25% [8]。其中，中央政府 5% 的保险支付费用用作那些经济情况不乐观的老年人较多的市町村的调剂补充资金。低收入群体可向所在的市町村申请减免服务使用费，最低生活保障对象无需缴费。

3.2.2. 韩国的财政支持

韩国的长期护理保险费用是由三部分构成：政府财政、雇主以及个人缴纳的保险费。国家财政支付比重为 25%，占比分别为地方财政 5%、中央财政 20%。需要护理服务的个人也需要支付一定的费用，根据服务类型的不同，负担比例也有差异。个人需要承担机构护理服务的 20%，居家护理服务费的 15% [9]。

一般而言，人口老龄化程度与长期护理保险费用的负担呈正相关，从上文可以看出，日本的财政负担较重，这是由于日本是亚洲最早进入老龄化社会的国家，其人口老龄化程度远高于韩国。

3.3. 管理体制

管理主体与运行方式是管理体制的重要方面，下面将就这两个方面比较日、韩两国的长期护理保险管路体制差异。

3.3.1. 管理主体

日本的长期护理保险管理主体是市町村，负责保险费的征收、保险赔付申请的处理、保险服务的提供以服务质量监管等[10]。中央政府提供各方面支持并负担一部分护理保险费用，都道府县的业务是负责保险以及护理机构的运营，例如完善护理服务设施建设、指导判定护理对象的事务、处理判定不服的一些申请。

韩国的管理主体是国民健康保险公团[11]。与日本不同，公团属于准政府机构，主要负责收取保险费用、管理参保人、调查保险申请者条件以及护理等级评定的相关事务。因而地方一级政府不再负责个体层面的护理实务，着眼于政策层面的老年疾病预防保健事业。地方政府可指定或取消长期护理机构，推荐护理等级判定委员会成员。

3.3.2. 运行方式

与管理主体相对应，日本采取的是地方主义方式。20 世纪 80 年代开始，日本呈现福利服务地方化的趋势，中央政府逐渐把保健、医疗及福利相关事务转移到地方政府，并将服务管理权限进一步分化并到市町村一级。在这样的大背景下，属于福利事业的长期护理保险交由市町村负责管理。

韩国采取的是中央集权主义方式[12]。前文已经提到，公团负责长期护理保险的具体事务，而地方政府则宏观负责老年人福利事业。韩国讨论社会福利运营权下放问题的声音没有中断过，但目前主要决定权仍然集中在中央。而且，由于护理保险和之前的健康保险对象一致，公团成为负责人可以节省管理成本，因而最终还是选择了中央集权主义方式的管理模式。

3.4. 配套措施

对日、韩两国政府为实施长期护理保险制度都做了前期准备，主要体现在基础设施与护理人员两项配套措施的建设上。

3.4.1. 日本的配套措施建设

日本从制度正式实施 10 年之前就开始着手基础设施建设。1989 年，日本政府制定了第一个黄金计划。其核心是到 20 世纪末建成 1 万个短期护理中心和居家护理服务中心，日间照料中心和护理机构分别拥有 5 万和 24 万床位，培养 10 万名居家护理师等。到 1994 年，日本政府意识到现有的护理机构和专业护理师还远远不能满足需要，因而修正了黄金计划，出台了新黄金计划，增加了原有计划中居家护理师以及护理机构床位的目标数量。1999 年新黄金计划结束后，日本政府又制定了 21 世纪黄金计划[13]。得益于配套设施建设计划的多次及时调整，日本的长期护理保险制度推行时的护理需求得到了基本满足。

3.4.2. 韩国的配套措施建设

金大中总统在 2001 年国庆贺词中提出了在韩国建立老年长期护理保险制度的想法，次年，韩国政府发布了《扩充老年护理机构十年计划》，计划每年扩充 100 所老年护理机构。但到 2005 年初，韩国政府认识到若按计划从 2008 年开始实施此项制度，护理机构以及护理人员数量均远不能满足需要，于 2005 年 9 月发布了调整后的《老年护理机构综合投资计划》，提出利用制度实施前三年时间集中建设 919 所老年护理机构，为制度顺利实施准备条件。尽管政府做了很大的努力，在 2008 年，护理机构和人员充足率也仅仅达到了 66% [14]。

基于完善的基础设施建设与人员配备，两国的护理服务内容完备。

4. 国内现状：试点城市制度建设中的政府责任

早在人社部《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》颁布前，已有部分地市自发地探索制度建设。其中，青岛于 2005 年最早开始试点并于 2012 年正式建立制度。2015 年，山东省出台指导意见，将青岛模式推广到省内东营、潍坊、日照等地市。同年，吉林长春启动了失能人员医疗照护保险制度试点，江苏南通启动了基本照护保险制度试点。作为典型先行城市，青岛、长春和南通的制度现状能代表我国长期护理保险制度的运行现状。本部分将通过分析三地长期护理保险中的政府责任，提出制度面临的现实困境。

4.1. 制度设计呈现碎片化，覆盖范围较小

与日、韩相同，我国也是社会长期护理保险制度而非商业护理保险制度，采用社会保险方式。但青岛、长春、南通三地制度名称不同(如表 1)，从中可以反映制度设计上的差异。青岛和长春的制度名称中都有“医疗”两字，而南通则没有。事实上，青岛与长春在制度的具体实施和操作都依附于基本医疗保险制度，而南通在整体设计上是作为一个独立的“第六险种”存在的。由此可以看出，长期护理保险是否应该作为独立险种存在有争议，目前制度设计呈现碎片化的态势。

就覆盖人群而言，日、韩覆盖了所有的老年人，韩国实现的是全民覆盖。但从我国的试点城市来看，主要是医保参保人员。且表 1 显示，南通并未把农村居民纳入，这主要是由于其单独缴费、独立运行，所以覆盖范围比长春和青岛小。即便如此，三地都符合《指导意见》提出的“原则上主要覆盖职工基本医疗保险参保人群”。但是制度设计一定程度上决定制度效果，如果采取意见规定的这种先城镇职工再推广全民的策略，又会导致城乡双轨运行，重蹈医疗保险与养老保险的覆辙。

4.2. 财政支持力度不足

在长期护理保险的筹资比例中，日本的财政支出占 50%，韩国占 25% (包括中央和地方政府)。而在我国试点地区，长春和青岛非常类似，都是依托医保基金进行筹资，单位、个人、财政均不另行缴费。采取的方式是一次性划转一定比例基本医疗保险基金结余基金作为启动基金，之后调整统筹基金和个人

账户结构方式筹集。而南通是真正建立个人、政府和医保基金三方缴费的地区，政府给予参保人员一定补助(如表 2 所示)。

短期来看，长期护理保险资金从医疗保险基金中划拨具有现实可行性及操作性。但是，若资金完全依靠医疗保险基金，会导致长期护理保险完全依附于医疗保险，缺乏独立性。而且企业和个人的社会保险缴费比例已经很高，尤其伴随着人口老龄化日益严峻，医疗保险基金支付压力会越来越大，制度的可持续性存在问题。我国政府具有提供公共服务的社会职能，而在长期护理保险制度的试点建设中，并未在制度的筹资上体现出政府责任。

Table 1. Qingdao, Changchun, Nantong nursing insurance system name and coverage population

表 1. 青岛、长春、南通护理保险制度名称及覆盖人群

城市	青岛	长春	南通
制度名称	长期医疗护理保险	失能人员医疗照护保险	基本照护保险
覆盖范围	医保参保人员	医保参保人员	(市区)医保参保人员

Table 2. Sources of financing for long-term care insurance systems in Qingdao, Changchun and Nantong

表 2. 青岛、长春、南通长期护理保险制度筹资来源

城市	青岛	长春	南通
制度名称	长期医疗护理保险	失能人员医疗照护保险	基本照护保险
筹资来源	启动资金：职工医保历年结余基金一次性划转 200； 职工医保：统筹基金每月个人账户月计入基数总额 0.5%； 居民医保：当年医保筹集总额的 10%。	启动资金：一次性划转城镇基本医保统筹基金历年结余的 10%； 职工医保：分统筹结合和住院统筹的两种，按一定比例划拨； 城镇居民医保：统筹基金按每人每年 30 元。	每人每年 100 元，包括： 个人缴费 30 元；其中民政管理人群、未成年人、学生儿童由财政补贴； 医保基金：每人每年 30 元； 政府：每人每年 40 元补助。

4.3. 资格条件与认定程序标准不一

如表 3 所示，三地的资格认定虽然都依据的是活动力量表，但是具体使用的指数以及界定分数存在差异，缺少统一的评估标准。日、韩将护理等级划分得非常细致，至少可分为三级，而我国缺少护理等级的相关规定。三地的失能评估机制虽都是申请 - 审核 - 评估的流程，但最终的决策机构并不一致，青岛和长春是保险经办机构，而南通是劳动能力鉴定中心。

Table 3. Eligibility conditions and disability assessment mechanism for long-term care insurance

表 3. 青岛、长春、南通长期护理保险资格条件与失能评定机制

城市	青岛	长春	南通
制度名称	长期医疗护理保险	失能人员医疗照护保险	基本照护保险
资格条件	因疾病、伤残等原因长年卧床已达或预期达 6 个月以上，生活完全不能自理，病情基本稳定；《日常生活能力评定量表》评定低于 60 分	《日常生活活动能力评定量表》评定分数低于(含等于) 40 分；符合一级护理条件且生活自理能力重度依赖的人员；体力状况评分标准低于(含等于) 50 分的癌症晚期患者	因年老、疾病、伤残导致失能，经过不少于 6 个月的治疗；符合《日常生活活动能力评定量表》重度失能标准
失能评定机制	申请医疗专护待遇的，由护理机构评定，符合条件可直接建床并办理联网登记。申请护理院与居家医疗护理、社区巡护待遇的，安排医保医师和护士共同对申请人进行现场审核评估并进行网上申报。社保经办机构收到网上申请，审核后提出审核意见。	定点医疗照护机构接到申请后，安排专业执业医师对申请人病情和自理情况进行现场初审；初审合格后，及时为申请人进行网上申报，并将申请人评定情况传送至医疗保险经办机构；医疗保险经办机构审定后即可享受医疗照护保险待遇。	照护保险经办机构组织不少于 2 名专业人员进行等级评定，同时到申请人生活社区进行调查走访，最后由市劳动能力鉴定中心出具评定结论。

4.4. 基础设施与护理人员短缺，制度存在供需失衡现象

日本与韩国在制度建立之前分别用了10年和6年的时间完善配套措施，即便如此，韩国在制度实施之时仍然面临护理人员和机构缺乏的问题。我国目前护理人才和护理设施处于严重短缺的状态，试点城市均存在护理机构和护理人员不足的情况，导致了有制度没服务的尴尬局面。长期护理保险对于我国来说还是一个新事物，现有的护理人员大都是医院的护士或者护工，他们提供的大多只是医疗方面的服务，缺乏生活照料以及心理疏导方面的知识和技能。这就使得我国的护理更像是医疗的延伸，缺乏预防与生活照料方面的服务。

5. 路径选择：建立适合国情的长期护理保险制度

日、韩两国的先进经验对我国的长期护理制度建设具有重要的参考价值，但从第三部分的分析也可以看出，在具体实践中存在中国特色问题。本部分将在借鉴日、韩经验的基础上，结合我国实际，明确制度建设中的政府责任，寻求适合本土的长期护理保险制度框架。

5.1. 逐步扩大覆盖范围与保障范围，建立全国统一的长期护理保险制度

我国长期护理保险试点文件中明确提出先覆盖城镇职工，着力解决重度失能老人的医疗照护问题，一些国外普遍的长期护理服务如康复保健、生活照料、临终关怀等被排除在保障范围之外。这是从我国实际情况出发，但制度建设任重而道远，需随经济社会的发展逐步扩大覆盖范围和保障内容。为了实现这个目标，在起步阶段就应该建立一个全国统一的长期护理保险制度[15]，行全国统一的实施范围、给付内容、缴费比例、给付标准、护理需求等级评估标准以及制度管理等。目前我国处于试点阶段，待制度全面推行时，可通过修订之前的文件完善相关内容。

5.2. 建立多渠道且独立的筹资机制

在制度建立初期，划转医疗保险基金作为启动资金是最可行的方式，但随着制度的发展与完善，应逐步从医疗保险体系中独立出来，建立相对独立并且多渠道的筹资机制，明确各方筹资责任是首要任务。由于企业的社会保险缴纳以及税收负担已经很重，不应再强调企业的缴费责任。政府作为长期护理保险的直接责任人，财政应给予一定补贴。但需要借鉴日韩经验，合理划分中央与地方政府的承担比例。中央财政要向经济社会发展较落后、老龄化严重的地区适当倾斜。此外还可参考各地现行做法，通过福彩公益金、社会捐赠、住房公积金等渠道筹集资金[16]。

5.3. 建立水平适度的补偿机制

一是健全评估机制，完善分级给付机制。目前各地长期护理保险实践采取不同的评估手段和认定标准，不利于长期护理保险制度的发展，尤其是会影响待遇水平。因此有必要加快评估手段的开发，制定统一的需求等级认证标准。同时借鉴日、韩经验，将长期护理需求科学划分为若干个等级，实行差别给付并设置不同等级服务的给付形式和最高给付限额。

二是根据服务项目支付费用，合理确定补偿水平。由于长期护理服务涉及内容繁杂，以服务项目为基础，以实际花费的护理费用为支付标准，并采取不同的报销比例，更加能反映公平性，也更具可操作性。同时，逐步完善护理保险与基本医疗保险，医疗救助的有效衔接，实现保障的多层次性。

5.4. 培养护理人才，重视非正式护理人员的劳动价值

护理人才是长期护理保险制度得以实施的最为重要的因素，因为归根到底是需要更多的护理人员提供专业服务，因而，政府应多开展护理知识培训，降低培训的门槛，让更多的人可以学习护理知识和技

能。同时加强与学校的合作，在学校设立护理学科与专业，可以直接与相关的护理机构或者社区对接，实现人才的全过程培养。

需要重视的是，非正式护理人员例如家人目前仍是我国承担护理实务的主体，应鼓励并采取措施支持他们继续参与护理服务。这不仅遵从了我国的“孝”文化，还能有效降低护理成本。首先，要提供给非正式护理者一定的津贴，给他们一定的经济支持；其次，免费提供技能知识培训；最后，提供喘息服务，护理服务是一项长期的、繁重的劳动，非正式护理人员也需要有自己的生活空间。

5.5. 积极引入市场机制，保障服务的有效供给

市场在资源配置中起到决定性的作用，积极地引导护理产品的创新和研发，才能保证长期护理保险供给侧的有效供给。可允许社会办福利机构、市场福利机构进入长期护理服务供给市场，选择协议护理机构，由其按照长期护理保险支付标准提供相关服务，进而有效扩大护理服务供给能力。同时，政府需要对护理机构设立的标准、护理人员的行为规范以及护理服务质量等方面进行控制和监管，确保长期护理保险制度运行的规范化。

参考文献

- [1] Goodman, R., White, G. and Kwon, H. (1998) *The East Asian Welfare Model: Welfare Orientalism and the State*. Routledge, London, New York.
- [2] 郑功成. 东亚地区社会保障模式论[J]. 中国人民大学学报. 2012(2): 1-9.
- [3] Jones-Finer, C. (1993) *The Pacific Challenge: Confucian Welfare States*. In: Jones, C., Ed., *New Perspectives on the Welfare State in Europe*, Routledge, London.
- [4] 刘金涛, 陈树文. 构建我国老年长期护理保险制度[J]. 2012(3): 78-82.
- [5] 戴卫东. 长期护理保险: 中国养老保障的理性选择[J]. 人口学刊, 2016, 38(2): 72-81.
- [6] 刘晓雪, 钟仁耀. 长期护理保险的国际比较及对我的启示[J]. 华东师范大学学报(哲学社会科学版). 2017, 49(4): 93-101.
- [7] 高春兰, 班娟. 日本和韩国老年长期护理保险制度比较研究[J]. 人口与经济, 2013(3): 104-110.
- [8] 戴卫东. 长期护理保险理论、制度、改革和发展[M]. 北京: 经济科学出版社, 2014.
- [9] 高春兰. 老年长期护理保险中政府与市场的责任分担机制研究——以日本和韩国经验为例[J]. 学习与实践. 2012(8): 103-109.
- [10] [韩]李光宰. 老年长期护理保险制度政策形成过程的日韩比较[M]. 韩国京畿: 共同体出版社, 2010.
- [11] 田香兰, 严基郁. 日韩老年人护理保障制度比较与借鉴[J]. 东北亚论坛, 2009, 18(2): 54-60.
- [12] 增田雅畅. 逐条解释介护保险法[M]. 日本东京: 法研出版社, 2016.
- [13] 陈诚诚. 韩国长期护理保险制度、政策过程及其对我国的启示[J]. 桂海论丛, 2015(1): 82-86.
- [14] 雷晓康, 冯雅茹. 社会长期护理保险筹资渠道: 经验借鉴、面临困境及未来选择[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版), 2016, 46(5): 108-115.
- [15] 张慧芳, 雷咸胜. 我国探索长期护理保险的地方实践、经验总结和问题研究[J]. 当代经济管理, 2016, 38(9): 91-97.
- [16] 雷鹏, 吴擢春. 我国长期照护制度建设现状与思考——基于青岛、南通和长春的实践探索[J]. 中国医疗保险, 2016(2): 23-26.

知网检索的两种方式：

1. 打开知网页面 <http://kns.cnki.net/kns/brief/result.aspx?dbPrefix=WWJD>
下拉列表框选择：[ISSN]，输入期刊 ISSN：2334-3419，即可查询
2. 打开知网首页 <http://cnki.net/>
左侧“国际文献总库”进入，输入文章标题，即可查询

投稿请点击：<http://www.hanspub.org/Submission.aspx>

期刊邮箱：ar@hanspub.org