

· 专题：长期护理保险制度优化 ·

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

王宗凡

〔摘 要〕 失能风险是人口老龄化背景下产生的新社会风险。为应对失能风险，我国开展了建立长期护理保险制度的探索。这一探索经历了从地方自行探索到国家自上而下推动试点的发展过程。在经历较长时间的试点之后，我国最终明确要全面建立长期护理保险制度。全面建立长期护理保险制度需要进一步明确筹资、待遇等基本政策框架，建立并完善标准体系和经办管理机制。此外，长期护理保险必须与照护服务供给协同发展才能充分实现保障功能，长期护理保险只是“保基本”，更充分保障还需要发展商业保险、护理补贴、社会慈善和社会互助，多层次护理保障需要相互衔接、协同发展。

〔关键词〕 失能风险；长期护理保险；试点；保基本；协同发展

一、问题的提出：新风险需要新保障

个人在不同生命阶段会面临各类生活风险，而普遍发生的个人及其家庭难以承受的生活风险，就构成了社会风险，需要社会化机制来应对。现代社会保障的核心功能就是积极应对社会风险、努力化解这些普遍性的生活风险。^① 改革开放以来，我国逐步建立起应对贫困、养老、失业、工伤、疾病、生育等社会风险的现代社会保障体系，为全民提供了比较可靠的基本保障。不过，随着人口老龄化、高龄化的发展，以老年人为主体的失能风险成为新的社会风险，^② 需要国家建立新的社会保障制度来应对。

2000 年，我国 65 岁以上人口占比达到 7%，开始进入老龄化社会。我国人口老龄化进程非常快。2021 年，65 岁以上人口占比达到 14%，开始迈入老龄社会。预计 2031 年 65 岁以上人口占比达到 20%，将进一步进入超老龄社会。同时，人口高龄化程度也不断上升，80 岁以上人口占 60 岁以上人口的比重从 2000 年的 9.23% 上升到 2020 年的 13.56%。^③

〔作者简介〕 王宗凡，中国劳动和社会保障科学研究院医疗保障和护理保障研究室主任、研究员。主要研究方向：社会保障、医疗保障、长期护理保险。

① 何文炯：《基于共同富裕的社会保障制度改革》，《江淮论坛》2021 年第 3 期。

② 丁建定：《“新社会风险”下西方国家养老保障制度体系的再造》，《社会建设》2023 年第 5 期。

③ 杜鹏：《中国人口老龄化现状与社会保障体系发展》，《社会保障评论》2023 年第 3 期。

进入老年阶段，人的身体机能通常会发生不可逆的退行性改变，部分人群甚至会逐步丧失生活自理能力（即“失能”）；特别是进入高龄阶段，失能发生率更是显著上升。2022年末，我国失能、半失能老年人约4400万，其中80岁以上的老年人中失能、半失能约占40%左右。^①进入失能状态的老年人在相对较长时间内需要他人的照护（long-term care）才能维持有尊严的生活。我国是一个长期注重家庭养老的国家，子女有法定责任供养和照护老人。但是，受生育政策、经济社会发展、人口流动等多种因素的影响，我国的家庭规模逐步小型化，家庭的代际养老、照护功能普遍弱化，传统的依赖大家庭和子女的照护越来越难以为继。^②特别是针对生活不能自理的失能老人，需要长期、持续的照护服务，失能老人的家庭更是不堪重负，很容易陷入“一人失能、全家失衡”的困境。这就需要建立新的社会保障制度，来提供社会化的照护服务，替代或部分替代家庭照护责任，减轻家庭不可承受的照护服务和相应的经济负担。

自进入老龄化社会以来，我国政府越来越重视老龄化问题，采取各种政策积极应对，并将应对老龄化上升为“国家战略”。^③探索建立应对老年失能风险、适应国情的长期护理保障制度也纳入到老龄化国家战略之中。2015年以来，我国开展了不同形式的长期护理保障制度的探索，其中包括持续时间长、覆盖范围广、社会影响大的长期护理保险^④制度试点。当前，在我国人口老龄化继续快速加深的背景下，非常有必要对长期护理保险试点的背景、政策和进展情况进行梳理、分析和判断，总结试点的成效经验，分析存在的突出问题，探讨我国长期护理保障的最终制度选择，提出推进我国长期护理保障制度建设的基本政策、管理机制以及保障制度与服务供给协同发展等的政策建议。

二、长期护理保险：从地方自行探索到国家推动试点

进入21世纪，在全面实施职工社会保险改革之后，我国又逐步将城乡居民纳入社会保险的覆盖范围，初步实现养老、医疗保险的全民覆盖，老年人群的养老、疾病两项主要生活风险得到了基本保障。进入2010年后，随着我国老龄化进程加速，老年失能带来的社会风险和社会问题日渐凸显，建立长期护理保险制度的探索开始逐步展开。我国长期护理保险经历了从地方自行探索到国家推动有规制和管理的政策试点的发展历程。

（一）地方自行探索：从既有医保制度内应对现实问题走向独立建制

进入老龄化社会后，为积极应对人口老龄化问题，我国政府开始重视社会养老服务体系建设，陆续出台了一系列支持性政策，促进社会养老服务的发展，为老年人提供更多更好的社

① 《减轻失能老人家庭负担 我国加快健全老年护理和长期照护服务体系》，人民网：<http://health.people.com.cn/n1/2023/0831/c14739-40067640.html>，2023年8月31日。

② 孙永健：《人口老龄化背景下养老服务市场化与孝道文化变迁》，《江苏社会科学》2023年第5期。

③ 《国家积极应对人口老龄化中长期规划》，中国政府网：https://www.gov.cn/xinwen/2019-11/21/content_5454347.htm，2019年11月21日。

④ 以下如没有特殊说明，“长期护理保险”指的就是长期护理“社会保险”，即以社会保险方式提供的长期护理保障。

会化养老服务。2011年,相关支持性政策进一步提出“探索实施老年护理补贴、护理保险”,以增强失能老年人使用照护服务的支付能力。^①在上述国家政策倡导下,部分地方结合当地实际开展了长期护理保险政策探索。最早开展政策探索的通常是老龄化程度比较深、老年失能所衍生的社会问题比较突出、不得不寻找解决问题的办法的地方。

1. 早期的地方探索:医疗保险制度框架下解决社会性住院问题

由于现有的社会保障体系缺乏化解失能风险的保障制度安排,一部分失能老人及其家属往往利用既有的社会保障制度——医疗保险制度——来获得相关服务保障和分担费用风险,也就是通过长期住院(即所谓的“社会性住院”)来获得照护服务、特别是医疗护理服务的费用保障。

2012年青岛市60岁以上人口占比就达到了20.1%,大量的失能老人长期占用住院床位的问题比较突出。而这些失能老人并不真正需要住院的临床治疗,这部分人的长期住院造成了住院医疗资源的浪费和比较沉重的医疗保险费用支付负担。2012年,为解决社会性住院带来的困扰,青岛市率先开展了建立“医疗护理”保险制度的探索,在既有的职工医疗保险制度框架下,划拨出部分医保基金用于支付失能老人的医疗护理服务费用,从而将失能老人从医院转移出来,进入费用相对较低的护理院、养老院等照护服务机构,从而减轻了社会性住院带来的医疗保险支付压力。2014年,青岛又将医疗护理保险延伸到城乡居民人群,实现人群全覆盖。随后,长春市(2014)、上海市(2015)以及山东和吉林两省部分其他城市先后建立了类似的医疗护理保险制度。这些先行城市建立的长期护理保险制度均依附现有的医疗保险制度,即筹资来自于医疗保险基金的划拨、提供的照护服务通常以医疗护理服务为主。

2. 后期的地方探索:着眼于建立独立、提供长期照护服务的新制度

2016年,南通市开始建立长期护理保险制度。2016年南通市60岁以上人口占比高达26.2%,老龄化程度在全国仅次于上海。与此前开展探索的地区不同,南通充分学习借鉴了国际经验,认识到失能风险是一种新的风险,与疾病风险显著不同,失能老人不仅需要医疗护理,还更需要生活照料,失能风险无法通过既有的医疗保险制度来化解。因此,南通在建制之时就明确将长期护理保险与医疗保险分离开来,着眼于建立独立的、功能定位与医疗保险明显区隔的长期护理保险,南通将其命名为“基本照护保险”。南通基本照护保险的筹资相对独立,不再主要依赖医保基金的划转。新制度的功能定位也不再是替代医疗保险中医疗护理服务的保障功能以及解决社会性住院问题,而是针对失能人群的独特风险——以生活照料(“照”)为主、医疗护理(“护”)为辅的照护服务及其产生的经济风险。

可以看出,从青岛到南通,推动长期护理保险探索的地方医保部门对失能风险、长期护理保险的认知在不断深入,逐步跳出医疗保险的固有思维来重新认识失能问题,应对失能风险的长期护理保险的实践探索也随之不断调整,修正其功能定位和保障责任范围,逐步从深度依赖医疗保险、偏重于提供医疗护理服务的保障制度逐步发展成更具有独立性、为失能者提供长期照护服务的保障制度。

^① 《国务院办公厅关于印发社会养老服务体系规划(2011—2015年)的通知》(国办发〔2011〕60号), 中国政府网: <https://www.gov.cn/gongbao/content/2012/content-2034729.htm>。

（二）国家试点：自上而下推动有规制和管理的实践探索

地方开展的长期护理保险实践探索取得了积极的成效。长期护理保险覆盖了广泛的人群，开展探索的地区至少将职工人群全部纳入了制度覆盖范围，其中部分地区将职工和居民都纳入了制度覆盖范围，实现了全民覆盖。长期护理保险发挥了为广大失能人员分担照护服务责任和分散照护费用风险的作用，同时还产生了带动社会养老、照护服务产业发展、扩大就业的溢出效应。不过，由于长期护理保险的探索是地方自主、自发开展，各地的制度定位不完全相同，基本政策和管理机制也存在不小的差异，国家层面对这项新社会保险制度的基本政策设计、管理运行规律还缺乏清晰、深入的认识，另外对于是否应该通过社会保险的方式来化解失能风险也存在不同意见。为进一步开展有规制、有管理的长期护理保险探索，2016年初颁布的《国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要》中正式提出：探索建立长期护理保险制度，开展长期护理保险试点。同年6月，人力资源和社会保障部出台《关于开展长期护理保险试点的指导意见》（人社部发〔2016〕80号）（以下简称《试点意见》），开始推动长期护理保险制度的国家试点，长期护理保险从地方自行探索上升到国家层面的自上而下、有规范性管理要求的正式试点。

作为国家试点的指导性文件，《试点意见》首先明确制度模式及其基本内涵，为地方试点提出明确的制度方向和保障内涵。一是明确要探索建立的长期护理保障制度是一种“社会保险”制度，即通过多方共同缴费筹集资金，实行参保人群之间的互助共济、风险共担；二是明确这一制度的保障内涵，就是为失能人员提供基本生活照料（为主）和与其密切相关的医疗护理（为辅）的照护服务。其次是确定基本政策框架，为地方试点提供政策依据。具体政策内容包括：参保范围为职工医保的参保人群；筹资政策为初期依靠医保基金划转，而长期则需要多渠道筹资；保障对象为重度失能人员；待遇水平为报销比例70%左右等。第三是提出管理服务要求。对长期护理保险的基金管理、服务机构及照护服务的管理、经办管理方式（提出委托商保机构等社会力量参与经办）等管理服务提出了原则性要求。第四是提出要求地方积极探索创新的主要任务。包括保障范围、参保缴费、待遇支付等基本政策体系，失能等级评估和需求评定等标准体系，护理服务机构协议管理和费用结算等的管理办法。提出这些任务就是要引导地方主动积极探索创新，形成成熟的做法，为未来国家进一步的规范提供经验借鉴。实际上，国家推动试点的目的就在于：既要使地方试点有所规范、避免试点跑偏、失序，又要推动地方积极探索，在国家尚认识不清、无法规范的各方面开展具体实践的探索创新，为后续制定正式的国家政策提供重要的经验支撑。通过试点过程中的上下互动、凝聚共识，最终形成符合复杂国情、成熟的长期护理保险制度国家政策框架，从而完成从试点探索到全面建立制度的过渡。

2020年，新组建的国家医保局出台了《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）（以下简称《扩大试点意见》），继续推动长期护理保险试点，进一步将试点范围扩大到此前尚未开展的省份。《扩大试点意见》延续了《试点意见》中的大部分基本政策，同时也依据此前试点的经验对部分试点政策进行了完善和细化：一是强调了长期护理保险制度的独立性，着眼于建立独立于医疗保险之外的新险种；二是明确长期护理保险筹资的均衡分担机制，即单位和个人同比例分担；三是通过待遇支付的倾斜引导失能人员更多地利用居家、社区照护服务而不是机构服务；四是进一步明确委托社会力量参与经办的协议管理、激励

机制、经办经费来源等管理要求。这些新政策为地方试点在筹资待遇政策设计、引导照护服务资源配置、委托经办管理等方面提供了更为具体的政策规范和指导。

三、长期护理保险试点实践评价：成效显著与难题待解

2016年、2020年两轮试点正式纳入的试点城市合计达到49个。^①试点城市在遵循国家试点制度方向和政策要求的前提下，结合地方实际出台更为细致、具体的实施办法，同时按照国家试点任务要求积极开展了基本政策和管理机制的探索创新，形成一整套长期护理保险政策和管理体系，为长期护理保险制度的具体操作和运行提供全面支撑。地方试点实践取得了积极成效，也面临不少难题。归纳试点成效，分析存在的难题，做出基本判断，可以为试点之后的国家决策，即试点的制度是否可以成为正式的国家制度，制度的基本政策、管理机制的制定提供关键依据。

（一）长期护理保险试点的进展和现状

1. 覆盖范围：实现了广泛覆盖，其中近半试点城市实现了全覆盖

参与两轮试点的49个城市分布在28个省份，地域非常广泛。从覆盖人群范围来看，超过一半试点城市（26个）仅覆盖职工人群，覆盖职工和居民人群的城市（23个）略少于一半。^②其中，实现职工、居民人群全覆盖的城市中一部分起步阶段就是职工、居民人群同步纳入，而大部分城市则是从覆盖职工人群起步，之后再扩大到覆盖居民人群。职工人群通常是用医保统筹基金划拨代替单位缴费，个人缴费来自个人账户，基本无需在医保缴费之外额外缴费，将其纳入长期护理保险制度相对难度较小，而居民人群参加长期护理保险则面临额外筹资的问题。^③试点城市确定是否将覆盖人群扩大到居民人群受多方面因素的影响。一是地方经济发展水平和财政能力，这将影响个人缴费能力和意愿以及地方政府提供财政补贴的能力和意愿。二是老龄化程度，本地老龄化程度、特别是农村地区老龄化程度越深，老年失能、特别是农村老年失能问题就更为突出，在越来越重视民生保障的背景下这将影响到地方政府克服筹资难题、为居民人群建立长期护理保险制度的决心。三是照护服务供给不足的制约，特别是农村地区失能人群集中度比较低、服务半径比较远、提供服务不具有成本效益，农村地区往往照护服务严重短缺，构成长期护理保险向居民（主要是农村居民）人群延伸的重要障碍。四是国家政策导向和经济形势放缓的影响。2020年《扩大试点意见》明确提出长期护理保险试点可以“从职工起步”，以及受当时疫情影响下经济发展放缓、地方财政能力下降的制约，地方政府推动居民参加长期护理保险的意愿不足。

2. 筹资机制：筹资严重依赖医保基金，独立性不足

试点城市的长期护理保险筹资具有以下几个特点。一是多渠道筹资。主要筹资渠道包括医保

① 除纳入国家试点的49个城市外，还有其他一些城市自行开展了试点。其中江苏、浙江先后实现了全省所有城市的全覆盖，还有其他省份的个别城市也自行开展了试点。目前，实际开展长期护理保险试点的城市超过了70个。

② 根据自行收集的资料整理而成。

③ 居民医保没有个人账户，大多数地区居民医保基金本身面临较大的支付压力，难以划拨出资金来支持长期护理保险。

基金、单位缴费、个人缴费和财政补贴等。二是大多数试点城市职工人群主要通过个人和单位缴费来筹资。个人缴费来自医保个人账户的划拨，单位缴费通常是从医保统筹基金中划出，个别城市则明确将职工医保单位缴费的一小部分费率平移出来作为单独的长期护理保险单位缴费，也有少数城市完全依赖医保统筹基金出资，个人和单位不另外缴费。三是大多数试点城市居民人群的缴费来自个人缴费和财政补贴。部分城市还在个人缴费、财政补贴之外增加了居民医保基金的划拨，也有少数城市没有个人缴费。四是筹资方式有按比例和定额筹资两种，各地筹资比例或筹资标准存在差异。一部分地区职工人群实行按比例筹资（筹资比例在 0.1%—1% 之间，平均费率 0.32%），而多数地区实行定额筹资，额度在 40—240 元/年之间，居民人群则实行定额筹资，额度大多在 100 元/年以下。^①五是少数地方职工、居民的筹资水平相同、待遇同等享受、基金统筹使用，形成统一的长期护理保险制度（如南通）。六是筹资分担方面，近一半试点城市个人和单位（或财政）实行同比例或同等金额的缴费责任分担。另外，各地均明确要求职工人群中的退休人员也要履行缴费义务，这与职工医保退休人员不缴费的做法明显不同。总体来看，尽管大多数试点城市实现了个人履行缴费义务，但试点城市长期护理保险筹资比较依赖医保基金划拨的状况没有根本改变。

3. 待遇保障：基于“保基本”原则设定保障对象范围、照护服务范围和待遇支付水平

关于享受待遇的保障对象范围，大多数试点城市按照国家试点政策的要求，将其限定在重度失能人员，少数试点城市进一步将中度失能人员也纳入到保障范围。关于基金支付的照护服务范围，各试点城市通过制定本地化的照护服务目录来明确，各地目录中的具体服务项目及项目数量各不相同，主要包含基本生活照料、医疗护理两大类；部分城市还将功能训练、辅具、预防康复等服务项目纳入支付范围；部分城市在照护服务短缺的情况下还提供现金待遇。关于待遇支付水平，试点城市通过两种形式体现：一是设定支付限额，即每次或小时（居家上门服务）、每月（机构服务）长期护理保险支付的费用上限。二是设定支付比例，各地通常根据服务场景不同设定不同的支付比例。为引导失能人员更多利用居家服务，通常居家服务的支付比例高于入住服务机构的支付比例。各地的长期护理保险支付比例也有所差异。第一轮试点各地的支付比例在 70%—95% 之间，部分试点城市待遇偏高的原因是为了与医保的住院待遇相衔接，有利于将社会性住院的失能人员从医院顺畅转移至费用相对较低的护理院、养老院等照护服务机构；第二轮试点的支付比例大多在 70%—80%，地区差异较小。^②总的来说，试点城市通过设定保障对象范围、照护服务范围以及待遇支付水平等来明确长期护理保险“保基本”的保障责任定位。

4. 经办管理：普遍委托商保公司承担经办服务

作为一项社会保险制度，经办管理是长期护理保险制度实施和运行的基石。长期护理保险的经办既有参保缴费、服务机构的协议管理和费用支付等与医疗保险类似的经办业务，还有医疗保险经办管理所没有的失能等级评估的经办管理，具体包括评估机构的协议管理和费用支付等。长期护理保险试点是由医保部门组织开展的，其经办管理依托现有的医保经办机构来实施。受现有的医保经办机构人力和专业能力均不足的影响，两轮国家试点的政策文件均提出委托商

① 根据作者收集的资料整理而成。

② 根据作者收集的资料整理而成。

业保险公司等第三方机构承接长期护理保险经办管理。实际运行中,除个别城市完全由医保经办机构自己经办外,绝大多数城市将大部分或部分长期护理保险经办服务委托给保险公司来承担。各地通过公开招标的方式选择承办的保险公司,通常是由多家保险公司形成共保体开展联合经办,而医保经办机构则通过协议管理来明确保险公司参与经办的经办服务内容。委托保险公司经办长期护理保险业务的委托形式主要有两大类,一是委托管理,保险公司只按照约定的经办业务内容承担具体的经办管理服务,获取相应的管理费,不承担长期护理保险基金运行风险的责任;二是委托经营,保险公司要承担长期护理保险基金运行风险的责任,如发生长期护理保险基金超支,保险公司要分担一定的补偿责任。

(二) 试点成效:减轻照护服务和相应的经济负担、促进产业发展并推动管理创新

1. 实现了保障功能,大大减轻失能人员及其家庭的照护服务及费用负担

自2016年开始国家试点以来,长期护理保险参保人群规模和享受待遇人群不断扩大。长期护理保险参保人员从2018年的6360万人逐步扩大到2023年的1.833亿人;经失能等级评估后获得享受待遇资格的保障对象人数从2018年的25.5万人逐步增加到2023年的134.3万人。长期护理保险的费用支付水平维持在平均70%左右;人均长期护理保险基金支付从2018年的9200元增加到2022年的1.4万元。^①长期护理保险的实施,不仅大大减轻了失能人员家庭的照护服务负担,也大大减轻了失能人员享受社会化、专业化照护服务的家庭经济负担。长期护理保险制度试点的开展,为失能人员及其家庭提供了稳定可靠的护理保障。

另外,长期护理保险还为减少医疗费用和医保基金支出做出了贡献。相关研究结果表明,长期护理保险的实施减少了失能人员不必要的长期住院,缩减了住院天数,降低了长期住院带来的医保基金的支出。^②上海市通过引导长期住院老人接受居家和社区照护服务,降低了医疗费用支出,重度失能老人人均医疗费用下降约17%。^③

2. 发挥基金购买作用,促进了照护服务产业发展,提升了服务质量

长期护理保险的实施集聚了规模较大的长期护理保险基金。随着长期护理保险试点地区的扩大、参保人数及待遇享受人数的增长,长期护理保险基金支出也在快速增长。长期护理保险基金通过购买照护服务,促进了为长期护理保险提供服务的照护服务机构和照护人员的迅速增加。2023年,49个试点城市长期护理保险定点服务机构达到了7600多家,是2017年试点初期的5倍,定点服务机构的护理人员达到了33万人,是2017年的10倍。^④另外,在长期护理保险基金购买机制的引导下,这些定点照护服务机构所提供的照护服务的专业化水平和质量也不断提升。

① 《国家医疗保障局对十三届全国人大二次会议第7348号建议的答复》,国家医疗保障局官网:http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/8/1/art_110_6673.html,2019年8月1日;《2023年全国医疗保障事业发展统计公报》,国家医疗保障局官网:https://www.nhsa.gov.cn/art/2024/7/25/art_7_13340.html,2024年7月25日。

② 姜春力、张瑾:《我国长期护理保险制度试点成效、问题和建议》,《中国经贸导刊》2020年第19期;朱斌等:《长期照护保险对老年人医疗费用的替代效应》,《中国卫生经济》2021年第12期;吴敏、刘冲:《长期护理保险对医院床位利用的影响》,《经济学(季刊)》2024年第6期;王贞、封进:《长期护理保险对医疗费用的替代效应及不同补偿模式的比较》,《经济学(季刊)》2021年第2期。

③ 《上海每月40万人享长护险 专家学者论坛建言献策》,人民网:<http://sh.people.com.cn/n2/2024/0528/c176737-40860264.html>,2024年5月28日。

④ 《国家医保局举行2023年下半年例行新闻发布会》,国家医疗保障局官网:http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/9/22/art_14_11321.html,2023年9月22日。

3. 推动管理创新，实现失能评估、经办管理等从地方探索上升为国家政策

虽然长期护理保险是由医疗保障部门来推动实施的，但作为一项新的社会保险制度，长期护理保险与医疗保险有着诸多的不同，并不能简单沿用已有的医疗保险的相关管理机制来管理长期护理保险。两个险种管理上最大的不同就是，长期护理保险需要失能等级评估的管理。另外，长期护理保险购买服务的对象是以养老服务机构或医养结合服务机构为主的照护服务机构，这类服务机构如何管理并不能简单套用医疗保险对医疗机构的管理办法。

试点过程中，部分地方积极开展失能等级评估标准的开发和评估管理办法的探索创新，并最终促成国家统一的评估标准和评估管理办法的出台。失能等级评估标准是评定失能等级的工具，经失能等级评估确定的失能程度是能否享受长期护理保险待遇的基本依据。因此，对于长期护理保险来说，失能等级评估至关重要，关乎长期护理保险保障对象确定是否科学、精准，也关系到长期护理保险基金使用的安全。由于失能等级评估标准研发技术上的复杂性，大多数试点城市直接借用国际上早期开发使用的巴氏（Barthel）量表。不过，巴氏量表仅从日常生活活动能力（生理性功能）这一单一维度来评价失能程度，而老年失能不仅仅是生理功能的缺失，还包括心理认知功能、社会活动能力的缺失。为此，国际上逐步开发出各种多维度的评估量表。在长期护理保险试点过程中，青岛、成都、上海、苏州等少数试点城市借鉴国外多维度量表的经验，结合我国长期护理保险制度的功能定位，研究开发出本地使用的多维度评估量表，并且，这几个多维度量表也为其他一些试点城市所采用。在深入研究和总结地方失能等级评估工具开发和使用经验的基础上，借鉴国际经验，2021年国家医保局开发并发布了《长期护理失能等级评估标准（试行）》，实现了从地方自发探索创新本地化的评估标准走向统一的国家评估标准的过渡。目前，除个别城市外，绝大多数地区已经全面使用国家评估标准、替代原有的各不相同的地方评估标准。此外，国家医保局还充分总结地方评估机构管理、失能等级评估管理的做法和经验，先后出台了《长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）》（2023年）和《长期护理保险失能等级评估机构定点管理办法（试行）》（2024年），实现了由失能等级评估标准、评估机构管理和评估管理组成的完整评估管理体系的全国统一。

另外，试点过程中，各地也积极开展照护服务机构经办管理的探索创新，出台了服务机构准入管理、服务机构协议管理、服务项目清单（目录）、长期护理保险经办规程等一系列长期护理保险服务管理的标准和管理办法。其中，在总结地方经验的基础上，2024年，国家医保局先后出台了《长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）》和《长期护理保险经办规程（试行）》。

（三）试点过程中的主要困难和障碍

1. 独立筹资比较困难，居民筹资困难更为突出

作为一项独立的社会保险制度，长期护理保险需要参保者及相关主体（单位、政府财政）履行缴费义务，形成独立的长期护理保险基金。不过，如前文所述，试点地区普遍依赖医疗保险基金的划拨来筹集长期护理保险资金。

更为突出的筹资难题来自于居民人群。一方面，居民参加医保的个人缴费每年都有所增加，

已经影响到一部分人群的参保意愿,再额外增加长期护理保险的个人缴费就更为困难。人人(不论年龄长幼)都会发生疾病、都需要医疗保险的保障,而失能主要发生在老年阶段、特别是高龄阶段,而且失能率比较低,这也很大程度上影响到健康、年轻人群参加长期护理保险的意愿。另外,每年不断增长的居民医保财政补贴也给政府财政带来越来越大的压力,建立一个新险种、再新增一定的财政补贴同样面临非常大的困难和阻力。正因为筹资的困难,部分城市从职工起步开展长期护理保险试点,但之后一直没有将居民人群也纳入进来。筹资是长期护理保险制度的经济基础,筹资难题成为建立长期护理保险制度的首要难题。

2. 照护服务供给短缺,服务专业化程度、服务质量有待提高

相当多城市在长期护理保险试点之初面临严重的照护服务、特别是居家上门照护服务以及专业性要求更高的医疗护理服务的供给短缺,照护服务供需失衡、供给结构失衡问题突出。部分城市被迫通过发放现金待遇来替代照护服务的提供,这既违背了建立长期护理保险制度的初衷,也不利于促进照护服务市场的发育发展。照护服务供给不足既有市场规模有限(二三线城市失能人口规模较小)的原因,也有收入较低、社会地位不高导致愿意从事照护服务工作的人群较小的原因。近些年来,在各级政府的支持、扶持下,养老服务产业规模不断扩大,养老服务机构床位快速增长,养老护理员队伍也不断扩大,但其中针对老年失能的专业化护理型床位、照护服务人员的短缺问题仍然比较突出,特别是农村地区失能照护服务短板尤其突出。^①

3. 经办能力不足,委托经办模式不明晰、管理机制不健全

长期护理保险从起步阶段就面临经办力量薄弱^②的难题。在国家试点文件的鼓励下,绝大多数地区将长期护理保险的大部分或一部分经办事务委托给商业保险公司承担。不过,总体上看,参与经办的商保公司长期护理保险的管理能力也有限。不少保险公司对长期持续承办长期护理保险经办业务缺乏长远考虑,专业化管理能力也不足。另外,保险公司参与长期护理保险的经办方式既有选择委托管理,也有选择委托经营。这两种委托经办形式各有利弊,需要国家层面充分深入研究,给出明确的委托模式选择。此外,长期护理保险委托经办的管理机制尚未成型,如参与经办的保险公司的准入条件、规范化的准入和退出的管理机制、委托经办的协议管理、委托经办的费用支付和激励机制以及委托经办机构的监管办法等,仍有待总结地方经验,逐步形成国家层面统一的委托管理机制。

四、全面建制:制度选择与目标定位

我国开展长期护理保险试点时间较长(9年),试点地域范围非常广泛(49个试点城市分布在28个省份)、地区间老龄化程度、经济发展水平、照护服务资源配置等方面的差异也比较大,

① 陆治原:《国务院关于推进养老服务体系建设的报告》,中国人大网:http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202409/t20240911_439362.html, 2024年9月11日。

② 绝大多数试点城市的医保部门在推进长期护理保险试点过程中并没有增加有关长期护理保险的行政、经办机构 and 相应人员编制。

试点已经非常全面和深入。总体来说，试点取得了显著成效，保障效应显现，制度运行平稳。^①试点文件所要求的试点任务——政策体系、标准体系与管理运行机制——在大多数试点城市都基本建立起来，其中部分管理经验已经总结提炼上升成国家的管理政策。是时候在国家层面做出决定：试点中确定的社会保险制度模式是否符合国情、成为最终选择？从部分地区的试点探索转向全面建立制度如何明晰这一新制度的目标定位？

（一）制度模式：建立独立的社会保险制度是基于国情的理性选择

在国家推动长期护理保险试点之前以及试点过程中，关于是否应该通过社会保险的方式提供护理保障存在着不同的意见和看法。尽管主流的声音是支持和赞同长期护理保险，也有观点认为当下不具备推行长期护理保险的条件，采用福利性护理津贴、救助性护理补贴或者商业护理保险是当下更合适的制度选择。^②另外，从国际上看，为应对失能风险，各国建立起不同形式的长期护理保障制度：福利制的长期护理津贴、长期护理保险、救助性的护理补贴、商业护理保险等。^③其中，建立实施长期护理保险的国家不超过 10 个，并非主流的长期护理保障制度选择，大多数实行社会医疗保险的国家并未以“跟随医保”的方式建立长期护理保险制度。因此，不能以“符合国际趋势”作为我国选择长期护理保险制度模式的关键理由。

党的二十大报告明确提出“建立长期护理保险制度”，二十届三中全会的《决定》进一步要求“加快建立长期护理保险制度”，表明用社会保险方式建立独立的长期护理保险制度已成为我国政府应对失能风险的基本制度选择。在长期护理保险试点虽成效显著但也面临一些难题和障碍、长期护理保险并非国际主流制度选择的情况下，我国确定建立独立的长期护理保险制度，是基于基本国情的理性选择。

首先，独特的失能风险无法纳入现行的医疗保险制度来化解，新的社会风险需要新的保障制度。在国家试点之前的地方自行探索过程中，地方医保部门逐步认识到，失能不是患病，失能风险迥异于疾病风险，是一种新型的生活风险。失能人员需要的是以维持有尊严生活为目的的包括生活照料服务叠加与生活照料密切关联的医疗护理服务的照护服务，而不是以疾病治疗、恢复健康为目的的医疗服务，失能人员虽然也需要一定的医疗护理服务，但这些医疗护理服务是帮助其维持生命尊严，与疾病治疗过程中的医疗护理是帮助其恢复健康不同。^④失能人员的社会性住院大量耗费不必要的医疗资源和医保基金，给医保制度可持续运行带来困扰，但失能人员的失能风险无法通过医疗保险制度来化解，而是需要新的独立的保障制度来化解。

其次，失能人群具有广泛性，失能风险需要普惠的保障制度来应对，针对特殊人群或覆盖少数人群的保障制度无法实现普惠的目标。尽管失能发生率较低、失能主要发生在老年阶段，但成年人、甚至未成年人也并非完全不发生失能（如成年人因慢性疾病恶化或发生意外事故导

① 根据国家医保局的统计数据，2023 年全国 49 个试点城市长期护理保险基金收入 243.63 亿元，支出 118.56 亿元。自 2017 年试点以来，每年基金均收大于支。

② 何文炯：《失能老人照护服务补助制度研究》，《社会政策研究》2020 年第 2 期；李珍：《当前我国建构长期照护保障制度的逻辑反思与现实选择》，《江西财经大学学报》2019 年第 4 期；荆涛：《建立适合中国国情的长期照护保险制度模式》，《保险研究》2010 年第 4 期。

③ 戴卫东：《OECD 国家长期护理津贴制度研究》，北京大学出版社，2018 年，第 3-5 页。

④ 陈诚诚：《长期护理保险与医疗卫生服务：两体系的边界辨析与发展路向》，《社会保障评论》2025 年第 1 期。

致长期失能,儿童脑瘫等)。另外,失能与贫困无关,经济条件尚好的家庭也会发生失能、无法承受失能风险。失能风险是一种广泛、普遍存在的生活风险,因而需要广泛覆盖乃至全人群覆盖的保障制度来应对。针对经济困难失能老人的救助性护理补贴可以帮助到这部分特殊人群,但无法帮助到所有人。商业护理保险也是应对失能风险的一种保障方式,但商业护理保险遵循市场原则,为规避自身运行风险,通常将失能风险较大、已经进入失能状态以及经济困难的人群排除在外,商业护理保险更是无法实现广泛、全面的覆盖。根据社会保障发展的历史经验,能够实现广泛、普遍覆盖的制度有两种:社会福利制度和社会保险制度。

第三,采用普惠、福利性的护理保障制度不符合我国社会保障发展方向,政府财政也无力承担。国际上确实有一些国家建立了福利性的护理津贴制度,覆盖全体有需要的国民,但这种福利性制度选择并不适合我国。我国社会保障发展经历了从过去计划经济时期的福利性社会保障制度转向社会主义市场经济下的社会保险制度的制度转轨,形成了普惠性保障项目通过社会保险的方式来提供的基本理念和路径依赖。因此,新建的长期护理保险采用福利性制度不符合我国社会保障的价值取向和发展方向。而且,普惠的福利制度需要政府财政承担全部的筹资责任,这也是国家财力所无法承担的。另外,国际上采用普惠的、福利性护理津贴制度的一部分国家,也因政府财力有限,将护理津贴的发放标准与失能者的收入挂钩,护理津贴发放向低收入者倾斜,收入低的护理津贴高、收入高的则护理津贴低。^①这种与收入挂钩的护理津贴制度的实施需要以收入调查、精准获取申请者的收入水平为前提,而我国目前尚不具备获取个人收入水平的条件,这种收入关联的护理津贴制度也就难以实施。

第四,建立独立的长期护理保险制度是符合我国国情的必然选择。一是社会保险制度可以实现全民覆盖。我国养老保险、医疗保险实现全民覆盖已经提供了很好的先行经验:职业人群(职工)通过单位与个人共同缴费、非职业人群(居民)通过个人缴费与财政补贴相结合,可以实现全民覆盖。即使是那些无力缴费的困难人群也可以在社会救助的帮助下实现参保缴费。二是社会保险可以通过履行缴费义务与享受待遇权利相挂钩来增强制度运行的弹性,还能培育社会大众的保险意识,促进照护观念的转变。社会保险虽然是政府强制,但也遵循互助共济、风险共担、以收定支、收支平衡的基本原则,待遇的范围和水平取决于缴费水平,有限的缴费提供有限的保障待遇。如果要提高待遇则需要参保者履行更大的缴费义务。在筹资比较困难的情况下,可以设定有限的保障待遇来平衡收支关系,维系制度可持续运行。另外,在传统的家庭养老观念仍然较强的国情下,通过长期护理保险的参保缴费,也有助于提升国民的风险意识和保险观念(通过购买保险来化解家庭不确定的生活风险)。从传统家庭照护转而接受社会照护,照护观念的转变非常重要,而保险观念的形成则有助于促进照护观念的转变,而且保险观念的形成以及接受社会照护的观念转变也会对参加补充性商业护理保险产生积极影响,有助于多层次护理保障的发展。三是社会保险基金可以通过战略性购买,发挥巨大的促进和引导照护服务市场的发育发展。从医疗保险的发展历程看,医疗保险发挥战略性购买作用,对医疗卫生事业和医药产业产生了巨大而深远的影响,医保基金的大规模支付和管理上的激励约束,大大促进了医疗卫生事业的发展、医疗服

① 殷俊:《法国长期护理津贴制度分析与经验借鉴》,《保险研究》2015年第11期。

务行为的规范和医疗质量的提升。长期护理保险制度的全面建立同样可以发挥巨大战略性购买作用，大大促进照护服务产业的发育发展，以及照护服务的规范和服务质量的提升。我国的照护服务产业才刚刚起步，有质量的专业照护服务供给仍严重不足，已有的服务机构不少面临运营困难，而大规模的长期护理保险基金投入对照护服务产业发展的影响重大而深远。照护服务的短缺不应成为能否建立长期护理保险制度的障碍。长期护理保险的战略购买可以充分利用市场机制促进和引导照护服务产业的发展。有长期护理保险基金的购买和支付，市场机制就会发挥巨大的调节照护服务资源的作用，服务供给可以借助市场的力量很快扩展到照护服务短缺的地方，9年的长期护理保险试点已经充分证明了这一点。实际上，一些头部的照护服务企业已经在全国范围布局谋篇，静待长期护理保险的全面建立，照护服务可以快速跟进，满足各地的照护服务需求。过度担心照护服务跟不上长期护理保险制度的发展是不必要的，长期护理保险的战略购买可以成为照护服务产业发育发展的强大推动力。

（二）目标定位：全覆盖、保基本、提供服务保障

确定建立独立的长期护理保险制度之后，就需要明确制度的目标定位。根据我国国情、试点经验和长期护理保险自身的基本功能，我国建立长期护理保险制度的目标定位是：为全体国民中的失能人员提供基本的照护服务保障。

首先是实现全民覆盖。选择建立长期护理保险制度的初衷就是能够实现全民覆盖，不能因筹资困难而放弃。从试点实践来看，长期护理保险覆盖到职工人群没有太大的困难，但进一步延伸到居民、实现全民覆盖确实面临居民筹资困难的问题。但从现实需要的角度看，以农村居民为主的居民人群更需要长期护理保险。我国在总体老龄化程度不断加深的背景下，老龄化还呈现城乡差异化的特征：农村人口老龄化程度高于城镇。2020年农村60岁以上人口占比23.81%，高出城镇8个百分点，农村老年人口生活不能自理的占比为2.55%，大大高于城市的2.07%。^①面对农村地区更严重的老龄化和老年失能风险，迫切需要设法破解筹资难题、把城乡居民纳入长期护理保险制度之中。在试点实践中，一部分城市在先为职工人群建立长期护理保险之后，也基于城乡居民更为迫切的现实需要，基于人人享有的公平原则，克服筹资困难，间隔一段时间后将居民人群纳入长期护理保险制度，实现了全民覆盖。

其次是提供“基本保障”。基于经济发展水平以及政府有限责任的考虑，我国各项社会保险制度一直坚持“保基本”的原则，长期护理保险也不会例外。当前经济增长放缓、特别是面临独立筹资的困难，长期护理保险制度更是应当坚持“保基本”的原则，承担有限责任、提供“基本保障”，把“基本”之外的保障责任留给家庭、市场和社会力量，实行政府、家庭、市场、社会的责任分担。具体来说，基本保障责任可以通过限定保障人群、服务项目、待遇水平等来明确。

再次是提供服务保障。长期护理保险的目的是为失能人员提供社会性照护服务并化解相应的费用负担。长期护理保险是提供服务保障而不是发放现金。即使在服务供给短缺的情况下，也不应简单地用现金支付替代缺失的照护服务，而是以家庭成员真实的照护服务（亲情

^① 杜鹏：《中国人口老龄化现状与社会保障体系发展》，《社会保障评论》2023年第3期。

照护)为依据来支付现金(实质上仍是购买照护服务),而且需要为亲属提供一定的专业培训以保障亲情照护的专业性和照护服务的质量。另外,提供社会化照护服务既是长期护理保险制度的目标,也是发挥战略性购买作用的前提条件。长期护理保险的战略购买是促进和引导照护服务扩大供给、提升质量的关键机制,如果只提供现金待遇,就无法形成强大的集团购买力,甚至支付的现金都不一定能用于购买照护服务,照护服务市场就很难快速发展,服务供给与需求的矛盾就难以化解。没有照护服务市场的发育发展,长期护理保险的保障目标也就难以实现。

五、基本政策:筹资机制与待遇保障

在明确所要建立的制度模式之后,就需要进一步依据其目标定位制定长期护理保险制度的基本政策,也就是确定如何筹集保险资金、设定保障待遇,并使得筹资与待遇相匹配,维系收支平衡,实现制度的可持续运行。

(一) 坚持独立筹资,建立多渠道、公平、合理的筹资机制

首先,坚持独立筹资,长期护理保险筹资与医疗保险筹资相分离。长期护理保险制度必须摆脱试点阶段普遍对医疗保险筹资的过度依赖。就职工人群来说,个人缴费来自医保个人账户,也可视为独立筹资。使用个人账户来缴纳长期护理保险个人缴费符合职工医保门诊共济保障改革中拓宽个人账户使用范围的基本要求,可以使用医保个人账户缴纳长期护理保险个人缴费也是《扩大试点意见》的明确要求。至于单位缴费,在各地职工医保统筹基金普遍收大于支、结余较多的情况下,可以从现行的职工医保单位费率中直接平移出一小部分费率,^①作为长期护理保险单位缴费,并不增加单位额外的缴费负担。而且,从试点成效来看,长期护理保险的实施减少了不必要的社会性住院,也减少了医保基金支出,平移出很小一部分医保单位缴费用于长期护理保险缴费(减收)带来了医保基金支出的减少(减支),总体上并不会影响职工医保的基金平衡状况。如果少数地区职工医保统筹基金也面临较大的支付压力,则可以通过调整整个社会保险的缴费结构,通过其他社会保险项目的费率缩减,腾出一部分缴费作为长期护理保险的缴费。就居民人群来说,需要破解目前的筹资难题,实现独立筹资。可以利用职工医保个人账户家庭共济的新政策,直接由亲属的个人账户来缴纳居民个人缴费,没有亲属个人账户的,则需要居民个人额外缴费,可以通过长期护理保险与医疗保险的个人缴费捆绑,实行同步征收,以降低个人额外缴费的征收困难。长期护理保险的财政补贴则与医保的财政补贴同步拨付。此外,借鉴医疗救助的经验,针对困难人群,应该建立长期护理救助制度,通过救助的方式代为困难人群履行个人缴费义务,来解决困难人群无力参加长期护理保险的问题。

其次,实行多渠道筹资,个人、单位和财政分担筹资责任。作为社会保险制度,个人(职工和居民个人)必须履行缴费义务,作为雇主的单位从职工(雇员)的劳动中获得收益,也需

^① 目前,大部分试点城市的长期护理保险的平均费率在0.2%—0.4%之间,如按1:1比例来分担,单位费率仅0.1%—0.2%。

为职工参加社会保险承担缴费责任（雇主缴费属于劳动者应得的社会保障权益的一部分）；而针对非就业人群，由于没有自身的收入来源，个人缴费之外则需要政府的帮助和支持。具体来说，职业人群（职工）的筹资由单位和个人缴费共同承担，非职业人群（居民）则由个人缴费与财政补贴相结合。这种筹资组合方式是沿用养老保险、医疗保险的筹资组合方式，也是试点过程中各地长期护理保险主流的筹资组合方式。另外，退休人员也需履行个人缴费责任。长期护理保险作为一个新险种，应当吸取职工医保改革的教训，在制度建立之初，就应坚持“人人尽责、人人共享”的原则，明确退休人员的个人缴费责任。长期护理保险的受益者主要是失能老人，退休人员更应该履行缴费义务。

再次，坚持公平原则，实行量能缴费、合理分担缴费责任。筹资的公平原则是通过量能缴费来体现。所谓量能缴费就是根据各方经济承受能力来确定筹资责任。具体来说，量能筹资就是职工个人缴费与工资收入挂钩，居民个人缴费与居民可支配收入挂钩，实行费率制，且职工、居民费率基本相同。分担机制方面，职工人群缴费则继续按照《扩大试点意见》已经明确的按1:1的比例由个人与单位均等分担，一步到位体现双方的缴费责任均衡，不再沿用职工医保单位缴费责任偏重、个人缴费责任较小的不合理分担机制。^①居民人群则必须考虑独立的个人缴费比较困难的现实困境，应该继续沿用居民医保个人与财政1:2左右的分担比例，减小额外增加个人缴费带来的参保阻力。

（二）建立统一的长期护理保险制度，实行职工、居民人群之间的互助共济、风险共担

在医疗保险制度改革发展过程中，我国形成了职工、居民医保制度分设、基金各自运行的格局。职工、居民医保制度分设，职工、居民存在待遇差距，造成两个人群之间待遇享受的不公平；职工、居民医保基金各自运行，造成职工医保基金结余过多、而居民医保基金处于紧平衡状态、运行风险越来越大的不平衡问题。为解决上述问题，缩小职工、居民医保待遇差距、推动基本医保制度公平统一已经成为进一步深化医疗保障制度改革的重要任务之一。在建立长期护理保险制度的过程中，不应重复这种制度分设、基金分开运行的发展路径，重蹈由此带来的待遇不公平、基金不平衡的覆辙。长期护理保险制度建设，从一开始就应坚持社会公平原则，坚持全人群（不区分职工、居民）社会团结的价值理念。长期护理保险制度建设过程中，不再走先职工、后居民、制度分设、各自运行的老路，而是建立统一的长期护理保险制度，由职工、居民的缴费和财政补贴形成统一的长期护理保险基金，职工、居民人群共同使用长期护理保险基金，体现两个人群之间互助共济、风险共担。建立统一的长期护理保险制度、实行基金统一管理和统筹使用，不仅可以实现所有参保人待遇的公平，也避免了居民长期护理保险制度独立运行可能会陷入的不可持续困境。长期护理保险的统一制度、统一基金管理和使用，也将逐步改变过往将就业人群（职工）、非就业人群（居民）之间的互助共济、职工对居民的帮助和支持视为不公平、不合理的错误观念，提升人们对社会公平、社会团结的认知水平。这种观念的转变也将反过来有助于推进基本医疗保险制度的公平统一。

^① 调整完善职工医保单位和职工个人的缴费分担机制（单位责任大、个人责任小）也成为新时代深化医疗保障制度改革中有关筹资机制改革的重要内容，逐步缩小单位与个人的缴费责任差距、最终实现双方缴费责任均等分担是改革的目标。

（三）坚持“保基本”，设定公平、适度的待遇保障政策

长期护理保险“保基本”可以通过4个方面来体现。一是确定有限的保障对象范围，制度建立之初从保障重度失能人群起步，优先保障失能风险最大、最需要照护的失能人群，之后根据情况变化再考虑逐步扩大到中度失能人群。失能程度的评估必须使用国家统一的失能等级评估标准，以确保保障对象准入的公平性、科学性。二是确定有限的照护服务范围，根据制度的功能定位、筹资水平制定统一的服务项目目录，目录内服务包括生活照料、医疗护理等大类，具体项目根据基金支付能力和市场服务供给情况来选择和确定，目录之外的照护服务项目不予支付。三是确定公平、适度的待遇支付水平，通过设定支付比例和年度支付上限的方式明确长期护理保险的有限、适度的支付责任，明确个人分担一定的支付责任。按照《试点意见》《扩大试点意见》文件的要求，将待遇支付水平设定在70%左右，全国实行基本一致的支付比例，从建立制度之初就需要坚持待遇公平，而不是在形成各地待遇较大差异之后，再极其艰难地推进待遇的公平统一。为此，在全面建制的初始阶段，就需要尽快出台长期护理保险待遇清单制度，规范地方决策权限，约束地方基于自身的经济条件、基金收支状况不断提高待遇的冲动。不过，考虑到全人群的社会公平、社会团结观念的形成并非一蹴而就，也为了避免选择性参保（如职工或就业人群选择参加缴费较低的居民保险），在制度建立之初，仍可根据职工、居民的筹资水平差异为职工、居民两个人群设定不同的支付比例，但支付比例的差距应当小于筹资差距，仍然需要职工人群帮助居民人群、一定程度上体现两个人群之间的互助共济和风险共担。之后，再逐步缩小两个人群的待遇差距、不断提升社会公平程度，最终实现长期护理保险两个人群之间的待遇公平统一。年度支付上限则基于实际发生的年度人均长期护理保险基金支付水平来确定，使得绝大多数失能人员在享受长期护理保险的支付之后不会陷入贫困境地。四是通过待遇支付政策的倾斜引导失能人员在居家、社区与机构提供的服务之间尽可能选择成本相对较低的居家、社区照护服务。更多地选择居家、社区照护服务不仅可以提升长期护理保险基金使用效率，也符合老年人基于心理情感归属的现实需要，更人性化。

六、完善管理机制：标准体系与经办管理

在确定基本政策之后，还需要总结地方试点经验，在国家层面形成长期护理保险的标准体系和经办管理机制，为地方长期护理保险制度的实际运行提供指导和规范。

（一）制定和完善国家标准体系，为长期护理保险管理运行提供工具箱

标准体系是长期护理保险管理运行的重要工具。目前，长期护理保险失能等级评估已经初步建立了国家标准。但护理需求评定、失能评估机构准入、照护服务机构准入、照护服务范围（目录）、委托经办机构准入、服务质量评价等仍然没有形成国家标准，长期护理保险标准体系尚不健全。

推进长期护理保险制度的全面建立，需要加快长期护理保险相关标准的制定和完善。各地试点过程中大多形成了地方性的照护服务机构准入、评估机构准入、照护服务范围、委托经办

机构准入等各方面的标准，为地方长期护理保险的运行提供重要的工具性支撑。当前，需要在国家层面总结归纳地方标准建设的实践经验，同时借鉴吸纳国际成熟经验，尽快形成统一的国家标准体系。同时，加强各类标准的系统培训，促进标准体系的落地和使用。

现行的失能等级评估国家标准已经全面实施了3年多，也需要结合地方使用中存在的问题和意见、参考民政部的老年人能力评估标准，对现行的试行版国家标准进行进一步完善、升级，提升评估标准的科学性、精准性、使用的可操作性、功能的多元性（不仅仅用于失能等级评估）以及兼容性，以便更好地服务于失能等级评估实践，并且能够兼容民政部门、残联系统护理补贴发放前的失能程度评估以及其他方面（如养老机构入住、养老服务需求评估等）的评估需要。

（二）制定需求评定国家标准，支撑精准服务、精细化管理

长期护理保险需求评定标准是评估保障对象（失能人员）基本护理需求的评估和认定工具，评定的结果可以用于制定失能人员个性化照护服务计划。2016年出台的《试点意见》也将需求认定标准作为一项试点任务，要求地方积极探索创新。不过，试点城市开展这一标准的探索创新比较少见。现有的失能等级评估标准是确定失能人员的失能程度和长期护理保险待遇资格准入的评估工具，并不完全具备全面、准确评定失能人员基本需求、服务于照护服务计划制定的功能。

由于缺少长期护理保险的需求评定标准，试点地区的失能人员需求评定和照护服务计划制定由照护服务机构来承担，但照护机构的需求评定标准的维度和指标更多，所评定出的需求内容更为宽泛，依此制定的照护服务计划也更为宽泛，并不符合长期护理保险保障“基本需求”的要求，而且照护服务机构既开展需求评估又提供照护服务，也容易因利益关联而滋生弊端，损害长期护理保险的公共利益。随着长期护理保险制度的加快建立，有必要尽快制定和实施需求评定标准，服务于科学评定失能人员的基本需求和精准制定个性化照护服务计划，推动长期护理保险精准支付和管理。

制定长期护理保险需求评定标准首先需要界定长期护理保险所应保障和满足的“基本需求”范围。基于长期护理保险定义中“基本生活照料和与其密切相关的医疗护理”的服务范围定位，明确“基本需求”的核心内容就是基本生活照料、医疗护理两大类维持失能人员基本生活的照护服务需求。此外，考虑到功能维护（包括康复训练以及辅具使用等）有助于延缓失能进展、助力失能人员生活自理能力不下降，应将“功能维护”大类的相关服务项目纳入到“基本需求”之中，形成由基本生活照料、医疗护理以及功能维护等多维度的需求评定标准的基本框架。在此基础上，再充分考虑长期护理保险的功能定位、基金支付能力以及与市场上照护服务项目供给情况等因素，选择确定具体的需求评定指标、确定指标的权重（评分）、划分出需求等级。经过需求评定得出的基本需求是后续制定个性化照护服务计划的主要依据。需求评定确定的需求等级还可以作为确定长期护理保险待遇支付标准的重要依据，需求等级越高，所需要的服务就越多或服务的专业化程度就越高，长期护理保险支付标准也越高。

（三）完善委托经办的管理机制

考虑到现有医保经办体系下很难腾出一部分人力去全面承担一个新险种的经办业务，长期

护理保险试点文件就明确提出可以委托商业保险公司承担经办业务。因此,在长期护理保险经办管理体制不发生重大改变(也就是不新设独立的长期护理保险经办机构或者在既有的医保经办机构之内增设专门承担长期护理保险经办业务的新部门)的情况下,全面建制之后仍然需要坚持委托经办的方向,着重完善委托经办的管理机制。一是明确委托经办的职责范围。划清医保经办机构(委托方)与委托经办的商业保险机构各自的经办业务边界,清晰界定委托经办的业务范围和相应的管理要求。二是制定委托的机构准入标准和公开招标的规则和程序,使得委托经办的机构具有与长期护理保险管理需要相匹配的人力资源配置和专业化能力,保障委托经办机构的招标过程公开透明、招标结果公平公正。三是明确委托经办的方式。在试点过程中形成的委托管理与委托经营两种方式之间应当选择前者。长期护理保险之所以委托经办,是受制于既有医保经办人力和专业能力的不足,委托经办实质上是政府长期护理保险经办的一种社会化延伸和分担,委托经办的仍是社会保险而不是商业保险,委托经办更适宜采用委托管理的方式。参与委托管理的商业保险公司虽是商业机构,但其承办的长期护理保险的经办业务具有社会属性,委托经办机构不应承担长期护理保险的财务盈亏风险,委托经办机构的责任是接受政府医保经办机构的委托承担一定的经办业务管理,委托方可以对其业务经办过程加强管理和监督,对其管理绩效进行考核,并根据绩效考核结果支付管理费用。四是建立委托经办的激励约束机制。实行委托管理费与管理绩效相挂钩、委托续约与否与管理绩效相挂钩的管理机制,促进委托经办机构不断提升专业能力和管理水平、提高管理效率。

七、协同发展：照护服务与多层次保障

没有照护服务供给的支撑,长期护理保险就无法实现其保障功能。长期护理保险必须与照护服务协同发展,两者需要相辅相成、相互促进。另外,长期护理保险只是长期护理保障的主体制度,长期护理保险提供基本的护理保障。更好更充分的护理保障还需要商业保险、护理补贴、社会慈善、社会互助来补充。在建立长期护理保险制度的同时,也需要同步谋划多层次长期护理保障,实行基本保险与补充保障的协同发展。

(一) 发挥战略性购买作用,引导和促进照护服务市场的发育发展

自进入老龄化社会以来,我国政府出台一系列支持性政策,促进了社会养老服务产业不断发展。2023年底,全国养老服务机构和设施达40.4万个、床位823万张,分别比2012年增长7倍、1倍多。^①尽管如此,长期护理保险试点过程中照护服务供给短缺、结构失衡(居家上门服务更短缺)、城乡及区域失衡以及医养结合不顺畅^②等服务供给问题一直相伴,照护服务供给问题成为长期护理保险全面建制的重要制约因素。加快建立长期护理保险制度,必然要求照护服务供给能够满足长期护理保险保障对象的服务需求,照护服务(供给)与长期护理保险(需

① 陆治原:《国务院关于推进养老服务体系建设的报告》,中国人大网:http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202409/t20240911_439362.html,2024年9月11日。

② 刘智勇、陈雅露:《推进医养结合发展的困局及其化解对策》,《中国行政管理》2022年第4期。

求)能够协同发展。

照护服务供给与需求的协同发展,需要长期护理保险更好地发挥战略性购买作用,利用市场机制撬动照护服务市场的发育发展。一方面,长期护理保险应将符合条件的照护服务机构纳入定点范围,利用支付费用的经济杠杆,引导和促进能够满足长期护理保险需求的照护服务机构的发展,特别是长期护理保险鼓励更多利用的居家或社区照护服务的发展;针对农村地区服务短缺的问题,长期护理保险可以在支付标准上向边远、农村地区倾斜,以价格杠杆和利益驱动来引导照护服务机构向农村地区提供服务。另一方面,长期护理保险还可以通过制定并严格使用照护服务机构准入标准、照护人员(长期照护师)职业标准、照护服务质量标准以及协议管理和行为监督等管理工具来促进照护服务质量的提升。

另外,考虑到长期护理保险只覆盖重度失能人员、筹资水平也比较低,其保障对象的人员规模、基金支付的规模都有限,相当长时期内,仅仅依赖长期护理保险基金的支付还不足以完全支撑起照护服务机构的发展壮大,照护服务机构的发展仍然需要政府的支持政策以及公共资金投入的加持。特别是针对服务机构因成本过高而不愿向农村地区提供服务的情况,也需要在长期护理保险倾斜性支付之外政府给予一定的财政补贴、免费提供场所等方面的支持。

(二)在建立长期护理保险的同时,同步推动多层次护理保障协同发展

我国长期护理保险的定位是“保基本”,长期护理保险还不能覆盖全部的照护服务及其经济风险。保基本的定位不仅有当前经济发展水平和筹资能力约束的因素,还有平衡社会责任(长期护理保险)与家庭责任之间关系的考虑。长期护理保险是对传统家庭照护功能的替代,但这种替代关系应该是渐进的,并非一蹴而就,其最终目标也不是对家庭照护的完全替代。相当长时期内,长期护理保险只是对家庭照护的部分替代。^①特别是在我国有着悠久的家庭养老传统的特殊国情下,长期护理保险的定位应该是对家庭照护功能的部分替代而不是完全替代。失能老人的家庭应当在长期护理保险提供的照护服务之外继续提供一部分家庭照护,^②或者通过购买补充性的商业护理保险来分担长期护理保险责任之外的照护服务费用。而且,商业保险的发展也是促进照护服务市场发展的重要资金来源,照护服务市场的发展也非常需要市场化资金的补充支付。

为更充分分担失能人员照护服务的费用负担,国家在全面建立长期护理保险时,应当同步规划多层次长期护理保障体系的建设,引导和促进多层次护理保障的发展和相互之间的协调衔接。首先是大力发展商业护理保险,医疗保障部门应当像强有力支持商业健康保险发展一样,通过允许个人账户购买、数据赋能、信息联通、管理支付协同等多方面的措施,大力支持商业护理保险的发展,为长期护理保险提供重要的补充保障。其次是做好长期护理保险与已有的福利性、救助性护理补贴的协调衔接。民政部门 and 残联系统几乎在长期护理保险试点的同时,逐步建立了针对经济困难失能老人、重度残疾人的护理补贴制度,为两类特殊人群提供了护理保

① 不少西方发达国家没有建立独立的长期护理保险制度或普惠的护理津贴制度,根本性的原因就是这些国家仍然认为,老人照护是家庭责任,只有家庭不可承受时才需要政府的社会保障政策干预。

② 实际上,目前纳入长期护理保险的重度失能人员大多数是“80后”高龄老人,他们通常有多个子女,有能力轮流提供一定的家庭照护服务,完全的社会照护替代尚不迫切。

障。^①随着长期护理保险制度的建立，特别是长期护理保险实现职工、居民的全覆盖，就需要协调好这两个性质不同的长期护理保障制度之间关系。长期护理保险是普遍覆盖的制度，这两类享受护理补贴的人群也应当纳入长期护理保险制度、参保缴费，长期护理保险不应留有覆盖缺口，这两类人群参加长期护理保险的个人缴费可以从护理补贴中支出，剩余的护理补贴则用于长期护理保险支付之外需要个人自付的照护服务费用支付（补充支付），通过长期护理保险与护理补贴的待遇叠加，这两类困难人群可以享受到更高水平的长期护理保障待遇。此外，社会慈善、社会互助也是多层次护理保障体系的组成部分，需要积极引导和支持社会慈善、社会互助力量参与失能人员的照护服务提供或为照护服务提供费用保障。

The Chinese Path to Long-Term Care Security: From Pilot Projects to Systematic Establishment

Wang Zongfan

(Chinese Academy of Labor and Social Security, Beijing 100029, China)

Abstract: The risk of disability has emerged as a new social challenge amid an ageing population. In response, China has embarked on developing a long-term care insurance (LTCI) system. This journey has progressed from local-level experimentation to nationally coordinated pilot programmes. Following extensive pilot testing, the government has now committed to the full establishment of an LTCI system. To achieve this, a clear policy framework is needed—one that sets out funding mechanisms, benefit structures, standard systems, and administrative procedures. Crucially, long-term care insurance must evolve in step with the development of care services to ensure it fulfills its protective function. As a basic safety net, LTCI offers essential coverage, but broader protection requires complementary measures such as commercial insurance, care subsidies, charitable support, and mutual aid. A multi-tiered long-term care system must be well-aligned and work in a coordinated way to deliver effective support.

Keywords: disability risk; long-term care insurance; policy pilot; basic protection; coordinated development

（责任编辑：仇雨临）

^① 根据民政部发布的《2023 年民政事业发展统计公报》，2023 年，全国享受护理补贴的老年人 98.5 万人，享受护理补贴的重度残疾人 1584 万人。