

中国特色长期护理保险制度： 理论逻辑与政策选择

张盈华

[摘要] 党的二十届三中全会决定加快建立长期护理保险制度，这是对我国人口结构加速老化、社保改革持续深入、扩大国内消费需求等现实要求的主动回应。在社会互助共济的福利文化、全体人民共同富裕的政治要求、高质量起步的制度条件、解决社会性住院的时代紧迫性的前提下，我国选择社会保险型长期护理保障模式，经过 8 年多试点，在制度覆盖、筹资待遇、保障范围、实施进度、制度重点等方面仍然存在较多差异。针对当前推出长期护理保险制度面临认识不统一、筹资机制、失能等级评估和护理服务递送等方面的堵点难点，本文提出加强顶层设计、实施应保尽保、创新机制手段、坚持实事求是等基本遵循，并对系统协同推进长期护理保险制度高质量发展提出措施建议。

[关键词] 长期护理保险；制度模式；理论逻辑；高质量发展

近十年来，我国探索建立长期护理保险制度，经历了自下而上自发实践到自上而下统一指导的过程。一方面，2012 年青岛率先探索长期医疗护理保险，2016 年 6 月国家级试点启动，间隔不到五年时间，反映出建立长期护理保险制度的迫切性；另一方面，2016 年以来试点地区从 15 个扩大到 49 个，原定两年结束的试点一推再推，反映出当前推出长期护理保险制度的复杂性。

加快建立长期护理保险制度，已写入党的二十届三中全会决定。作为落实积极应对人口老龄化国家战略的重要内容，也是进一步全面深化改革推进中国式现代化的重要任务。社会保障是关乎治国安邦的大问题，在 14 亿人口大国建立社保“第六险”，需要辨析现实要求，沿循理论逻辑，厘清模式选择，在坚持中国特色前提下，探析我国长期护理保险制度高标准起步和高质量发展的路径。

一、我国建立长期护理保障制度的现实要求

进入 21 世纪以来，我国人口老龄化持续加速，社保制度改革不断深化与经济新旧动能提质转换等效应叠加，适逢进入中国特色社会主义新时代、迈入全面建设社会主义现代化国家新

[作者简介] 张盈华，中国社会科学院中国式现代化研究院副研究员。研究方向：社会保障。

发展阶段与开启第二个百年奋斗目标新征程的历史时刻，社会政策已由“依附”“兼顾”范式转向“互构”范式，与经济政策并重，^①互促共进。

从多维社会转型的协同视角看，当前建立长期护理保险制度具有现实性。通过社会共济、风险共担机制，化解个体生命期末端的财务脆弱性，防止因长期失能而陷入贫困；构建“家庭—社会—国家”责任共担体系，缓解代际赡养压力，补齐社会保障短板，完善社会保障体系；激活护理服务需求，规范护理服务市场，培育护理服务队伍，促进中国式养老事业与产业协同发展。

人口结构加速转型，“一人失能，家庭失衡”风险向社会外溢，需要新的制度安排予以应对。2000年我国进入老龄化社会，65岁及以上人口8821万人，占总人口的7%，到2024年分别升至22023万人、15.6%，人数规模扩大13202万人，老龄化程度翻倍加深，形成巨大银发浪潮。老年人是长期失能风险的高发群体，老龄人口规模激增使这一风险从单个家庭向社会外溢，并加速聚集；加之，家庭结构小型化和空巢化，传统的家庭非正式照护陷入“空间离散化”与“资源空心化”双重困境，亟需制度性安排加以应对。建立长期护理保险制度，通过社会共济、风险共担机制，可化解个体生命期末端的财务脆弱性，防止社会个体因长期失能而陷入贫困。

社保制度改革深化，民生保障改革目标从调增量转为提质量，织密织牢保障网需补齐短板。20世纪90年代以来，伴随着社会主义市场经济体制的建立和发展，我国建立起现代社会保障体系，党的十八大以来，党中央把社会保障体系建设摆上更加突出的位置，推动我国社会保障体系建设进入快车道。当前，我国基本养老保险制度覆盖10.7亿人，基本医疗保险参保率维持在95%以上，失业保险制度功能拓展到保生活、防失业、促就业“三位一体”，工伤保险与职业伤害保障联手保障各类形态就业者，社会救助助力第一个百年目标实现并即将实现法制化，社会福利形成事业产业协同并助力银发经济发展。但是，预期寿命延长的同时也造成带病存活时间拉长，因衰老、伤残、疾病等造成长期失去生活自理能力，给家庭带来身心和经济沉重负担，当前还缺乏制度性保障机制。建立长期护理保险制度，将填补这一保障空白，补齐人民群众全生命周期保障体系的短板。

培育完整内需体系，新发展格局下扩内需与促民生协同契合，战略购买联动银发经济发展。当前，世界百年未有之大变局正加速演变，我国经济正在从“两头在外”发展模式转向“以国内大循环为主，国内国外双循环相互促进”的新发展格局，需要培育经济发展新动能。据预测，到2035年我国银发经济规模将达到30万亿元，相当于GDP的10%。^②建立长期护理保险制度，能够有效激活银发经济潜能，形成“战略购买激发需求—有效需求牵引供给—高质量供给创造更多需求”的良性循环。截至2023年末，49个国家试点地区定点护理服务机构超过8000家，护理人员超过32万人，床位数近60万张，拉动社会资本投入600亿元。^③长期护理保险基金通过战略性购买，联动医、养、康、护等直接关联产业以及辅助器具、智能设备、适老化居所改造、职业培训、信息系统等间接关联产业协同发展，形成制度溢出效应，扩大国内消费需求，带动银发经济。

① 李迎生：《从依附到自主：中国社会政策的历史演进与范式转换》，《中国人民大学学报》2020年第4期。

② 参见徐建中主编：《中国银发经济发展报告（2024）》，社会科学文献出版社，2024年。

③ 《国家医保局召开“保障人民健康 赋能经济发展”新闻发布会》，国家医保局官网：http://www.nhsa.gov.cn/art/2025/1/17/art_14_15491.html，2025年1月17日。

二、长期护理保障模式选择的理论逻辑

人口老龄化是世界性挑战。根据世界卫生组织统计，2000—2021年全球60岁以上人口预期余命从18.9年增加到19.6年，健康预期余命从14.3年增加到14.7年，而“带病存活期”从4.6年延长到4.9年，高收入国家从5.3年延长到6年，我国从4年延长到5年。^①人口预期寿命延长是经济发展和社会进步的结果，但带病存活期拉长加大长期失能风险，危及老年人有尊严生活。各国采取不同应对措施，主要做法是加大长期护理保障的政府和社会投入，但制度模式各有不同。我国选择社会保险型长期护理保障模式，是将他国经验的普遍性与我国国情的特殊性结合起来，走具有中国特色的建制道路。

（一）国际上长期护理保障制度的五种模式

各国选择的长期护理保障制度模式与其福利文化和历史传承有很深的渊源。按照筹资方式和保障条件，国际上除了社会保险模式之外，还有国家保障型、社会救助型、政府津贴型和商业保险型等多种长期护理保障模式。需要说明的是，各国实践以某一模式为主，同时或多或少混合叠加多种模式，形成长期护理保障制度的多层次和多样性。

国家保障型多见于芬兰、瑞典、挪威、丹麦等北欧福利国家，受“社会民主主义”福利思想影响，将社会成员的失能风险视为国家风险，长期护理服务的“去商品化”程度高，费用主要由政府承担，个人自付少；社会救助型以美国的医疗救助（Medicaid）最具代表性，秉持“自由市场主义”福利思想，将社会成员丧失生活自理能力视为个人风险，长期护理服务的“去商品化”程度低，由个人在市场上寻求化解风险的方式，如购买商业长期护理保险产品，政府只为低收入且无力负担的群体购买最基本的长期护理服务，避免这些人陷入贫困；政府津贴型是最常见的长期护理保障模式，以东欧和南欧“家庭主义”福利模式国家最为常见，政府与个人共担失能风险，政府根据家计调查结果对失能者或其家庭发放照护津贴，由其自行在市场购买或向家人“购买”照护服务；商业保险型是政府强制或半强制社会成员购买长期护理保险产品，由商业保险公司承保，具有代表性的是新加坡的“乐龄健保计划”，为减轻弱势群体投保费用负担，辅之以津贴和免费入住乐龄公寓等政府支持手段。

社会保险型多见于“法团主义”福利模式国家，尤以德国、日本、韩国为代表，荷兰虽是全球第一个建立长期护理社会保险的国家，但保障的是从医疗保险制度中分离出来的医疗护理，与其他国家明显不同。德国在19世纪末建立了全球第一个社会保险制度，100多年来制度模式形成路径依赖，经过多年讨论后于1995年建立社会保险型长期护理保障制度。德国的长期护理保险制度有几个鲜明特征，也是其典范所在：独立建制，与养老、医疗、失业、工伤等社会保险制度并行；强制参与，自由职业者和高收入者可以选择保障内容相同的商业长期护理保险；覆盖全民，雇员由个人和雇主共同缴费，无收入家庭成员和未成年子女跟从参保而无需缴费；社会经办，公法人按照法定费率收缴保费并独立管理；差别费率，有子女雇员、无子女雇员、大学生、低收入群体的缴费水平不同。^②日本在2000年建立长期护理保险制度（即“介护保险”），采取政府、雇主、个人共担的筹资模式，与德国相比，政府支出占GDP更高、个人支出占

① 带病存活期是预期寿命与健康预期余命的差值。

② 刘涛：《德国长期护理保险制度的缘起、运行、调整与改革》，《安徽师范大学学报（人文社会科学版）》2021年第1期。

GDP 更低。此外，英国、瑞士、加拿大、比利时、法国等国家长期护理保障的政府支出和个人支出占 GDP 的比例都较高，其共同点是长期护理保障内置于医疗保险，属性是社会保险，但不是独立制度。可见，不同国家长期护理社会保险的“纯度”不同，这与制度环境、福利理念、制度沿袭等都有关系。

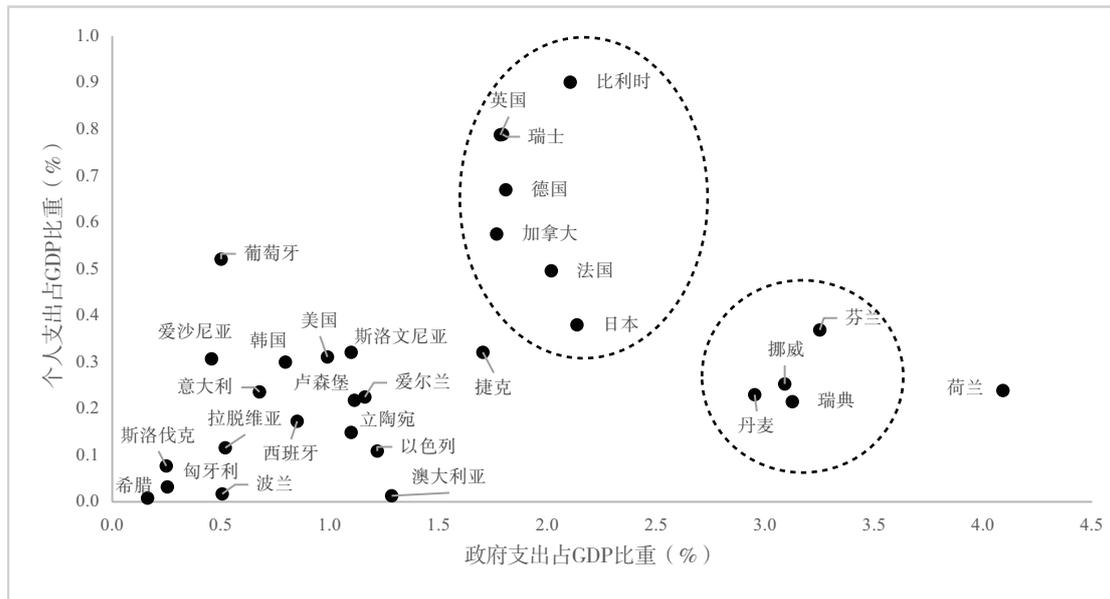


图 1 不同国家长期护理保障的政府支出和个人支出 (2021 年, %)

资料来源: OECD 数据库, <https://data-explorer.oecd.org>。

(二) 我国长期护理保障的模式选择: 社会保险 + 独立建制

2016 年《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》指出,“探索建立以社会互助共济方式筹集资金,为长期失能人员的基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供资金或服务保障的社会保险制度”,界定了我国长期护理保险的制度定位,一是采取社会互济方式,二是定性社会保险模式。选择这种制度模式具有历史必然性。

1. 国家保障型模式不符合社会保障制度改革方向

20 世纪 90 年代,我国探索建立社会主义市场经济体制,职工的养老、医疗、工伤、失业等问题由国家 and 单位保障全面转向社会保险,并形成以社会保险为主的社会保障制度发展路径。建立长期护理保障制度,一方面沿袭既有福利(保障)传统,另一方面去弊存利,建立多元主体分担机制,通过各方合理担责,巩固社会团结。

2. 社会救助型模式无法适应新形势长期护理需求

我国已建有社会救助型长期护理保障体系,具体做法是地方政府向城镇“三无”人员提供生活补助,对农村“五保户”实行集中供养或分散供养,长期失能人员接受救济,入住由政府举办的福利院或敬老院。但是,这种兜底型制度安排不能满足新形势的现实需求。一是中产阶级壮大,人们需要更有尊严的老去,且正在为这种需求进行自我储备;二是老年人规模巨大,对养老服务和长期护理的需求多样化,亟需居家、社区、机构、医养结合等多维度发力;三是财政补助有限,单纯依靠政府出资不能解决更多人更多元的长期护理需求。20 世纪 90 年代的

德国正是在类似情况下，下决心将长期护理保障由社会救助型转向社会保险型。^①

3. 政府津贴型模式容易出现挪用他用的道德风险

政府发放津贴对精准性要求高，否则会出现平均主义带来社会不公。这种模式的做法是，通过失能评估和家计调查等治理手段确定待遇资格，以现金形式提供福利保障，制度发挥效能的关键是要“瞄准”。但在我国实践中，一方面，基于经济状况的家计调查机制尚不完善，还不能做到精准识别；另一方面，发放现金会诱发“挪用”风险，造成失能人员无法得到及时有效保障。

4. 商业保险型模式只在特定条件才能充当“基本险”

新加坡是世界上少数几个采取公积金方式为国民提供福利保障的国家，在中央公积金计划基础上，自然延伸出保障失能人员的乐龄健保计划。商业保险型长期照护保障模式是新加坡“政府集中管理+私有化保险”福利传统的特殊产物，很难作为“基本险”复制到其他国家。我国已在养老和医疗领域构建多层次保障体系，商业保险作为社会保障的补充，发挥填补空白的支柱作用和增强保障的层次作用，不具备承担基本保障的制度基础。

5. 建立独立的社会保险型长期护理保障制度符合国情

第一，自20世纪90年代我国全面建立现行社会保险制度以来，互助共济、责任共担的社保理念已深入人心，建立社会保险型长期护理保障制度具有福利文化基础。第二，中央对建设中国特色社会保障体系提出五项“坚持”，^②要求既适应人的全面发展，实现全体人民共同富裕，又要实事求是，坚持尽力而为量力而行，这是选择社会保险型长期护理保障模式的政治要求。第三，我国已建成世界上最大的社会保障网，基本医疗保险制度参保率维持在95%以上，长期护理保险可随基本医疗保险同时征缴，有助于缩短覆盖全民和统筹城乡的进程，实现制度高质量起步，这是建立社会保险型长期护理保障的制度条件。第四，我国基本医疗保险制度保障水平不断提高，2023年全国医疗机构床位1017万张，是2008年的2.5倍，入院人数3.02亿，是2008年的2.6倍，2008年老年人住院率是13.8%，到2023年全部人口住院率提高到21.4%，基本医疗保险参保退休职工的住院率达到49.0%。^③“社会性住院”问题已浮出水面，长期失能者占用医疗资源的现象普遍，危及基本医疗保险基金安全，亟需独立的制度安排保障长期护理需求。

社会保险型构成我国长期护理保障的主模式，要求以缴费为前提，按权责对应原则运行，但仍需要社会救助型、商业保险型等多模式予以补充，形成多层次的长期护理保障体系。

（三）我国社会保险型长期护理保障模式的试点实践

2016年6月，我国启动首轮长期护理保险制度试点，试点阶段“通过优化职工医保统账结构、划转职工医保统筹基金结余、调剂职工医保费率等途径筹集资金”。^④2020年，国家医保局和财政部印发《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》，确定“独立险种，独立设计、

① 苏健：《德国长期护理保险制度：演化历程、总体成效及其启示》，《南京社会科学》2019年第12期。

② 习近平：《促进我国社会保障事业高质量发展、可持续发展》，《求是》2022年第8期。

③ 医疗机构床位数和入院人数参见国家统计局：《年度数据》，国家统计局官网：<https://www.stats.gov.cn/>，2025年3月25日。2008年老年人住院率参见戴卫东：《老年慢性病患者“社会性住院”的经济风险》，《中国医疗保险》2017年第10期。2023年住院率数据参见《2023年我国卫生健康事业发展统计公报》，中国政府网：https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202408/content_6971241.htm，2024年8月29日；《2023年全国医疗保障事业发展统计公报》，中国政府网：https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202407/content_6964551.htm，2024年7月26日。

④ 人力资源和社会保障部办公厅：《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》，中国政府网：https://www.gov.cn/xinwen/2016-07/08/content_5089283.htm，2016年7月8日。

独立推进”基本原则,要求基本医保基金划转逐渐从长期护理保险筹资渠道中退出。据笔者调查,2016—2021年试点地区划转基本医保基金累计674亿元,占同期长期护理保险基金筹资的82%。到2023年末,仍有20个试点地区的基本医保基金划转未完全退出,但总体划转规模明显缩小。从试点历程看,“社会保险+独立建制”模式已达成共识,但在具体运行上仍有很大差异,导致试点经验“碎片化”。

1. 试点地区在制度模式和落实原则上达成诸多共识

第一,建立多元筹资机制,城镇职工参保由单位和个人缴费,城乡居民参保由个人缴费和财政补助,积极吸收社会捐赠;第二,建立保基本机制,在不显著增加参保人缴费负担基础上,坚持筹资低标准、待遇低水平起步,在财务可持续前提下逐渐扩大保障范围;第三,建立全国统一的失能等级评估和长期护理服务标准体系,用“一把尺”筛查和确定待遇保障对象;第四,长期护理保险缴费与基本医疗保险缴费同步征缴,引入社会力量参与经办。

2. 试点地区的实践仍有诸多差异^①

(1) 制度覆盖不统一

宁波等四地建立职工和居民统一制度,实现参保身份归一,南通等两地职工和居民缴费合并管理但筹资水平和待遇标准有差别,其他大多数试点地区仍延续基本医疗保险做法,按照城镇职工和城乡居民分别建立长期护理保险制度。截至2023年末,49个长期护理保险制度试点地区合计参保18331万人,年末享受待遇134万人,参保受益率(享受待遇人数/参保人数)0.73%,最高的地区参保受益率是3.3%,最低的地区不到0.1%。

(2) 筹资待遇差距大

由于政策内容差别大,试点地区筹资负担和待遇水平有明显差异,造成群体之间筹资负担和待遇保障的不公平。2023年49个试点地区人均筹资133元,最高近500元,最低不到10元,人均待遇支出8160元,最高近30000万元,最低只有4000元。

(3) 保障范围不一致

通过对试点政策的梳理发现,各地医疗护理保障项目最多47个、最少仅5个,生活照料项目最多52个、最少仅10个。有13个地区将保障对象扩大到重度失智人员,20个地区将中度失能人员纳入保障对象。

(4) 推进实施不同步

2016年以来,各地推进长期护理保险制度试点进程快慢不一,起点各异。截至2023年末,49个试点地区中有33个地区实现城镇职工和城乡居民制度全覆盖,其中19个地区先覆盖职工再逐步扩大到居民,但仍有16个试点地区仅覆盖职工,长期护理保险制度向城乡居民扩容迟缓。

(5) 制度重点未对焦

山东和吉林是试点期间的联系省份,前者以医养结合为重点,省内试点地区均要求定点机构具备医疗资质或与医疗机构有合作协议,后者则以入住养老机构的生活照护为重点,省内个别地市还未开展居家上门服务。政策碎片化和实施零散化冲淡了试点经验的可用性,也为统一制度敲响警钟。

^① 参见《2023年全国医疗保障事业发展统计公报》,中国政府网:https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202407/content_6964551.htm,2024年7月26日;各地颁布的长期护理保险制度试点政策以及笔者的调研。

三、当前推出长期护理保险制度的难点和障碍

从全球视野看，建立独立筹资社会保险型长期护理保障制度的国家寥寥可数。一些国家曾想尝试但最终放弃，例如，法国萨科齐政府时期曾讨论建立长期护理社会保险制度，但因继任者奥朗德的反对最终“胎死腹中”；美国奥巴马政府时期推出平价医疗法案（Patient Protection and Affordable Care Act, ACA），拟建立国家长期护理保险制度，后经精算发现存在财务不可持续风险戛然而止。已建立长期护理社会保险的国家在制度运行多年后渐入困境。德国长期护理保险建立 30 年来，缴费率已从 1% 升至最高 4.2%，日本介护保险制度运行不到 20 年，人均缴费额已翻了一番，韩国更是自 2008 年建立长期护理保险制度以来，已将缴费率翻了两番。^①从发展趋势看，德国长期护理保险更多转向现金待遇，服务待遇占比越来越低，日本介护保险制度的保障范围和人数规模持续刚性上升，社会支出中的介护保险支出占比从 2000 年 4% 提高到 2022 年 8%，^②助推财政压力快速增加。

从国内现状看，当前我国面临国内消费需求不足、部分企业生产经营困难、就业增收面临压力、不少地方财力吃紧、风险隐患仍然较多等困难，增加新的社保缴费项目可能要面对“无源之水”窘况。2018 年以来，中央持续加大减税降费力度，为企业减负从阶段性政策转向制度性安排，而推出长期护理保险制度需要增设强制缴费项目，与减税降费总基调不相协调。在这种情况下，社会上出现建立长期护理保险制度“生不逢时”的声音，开展试点的部分地区也踟蹰不前，反映出当前推出这项制度存在不少困难和阻力。

（一）认识不统一妨碍了“全国一盘棋”建立长期护理保险制度

笔者持续跟踪长期护理保险制度试点情况并参与试点评估，通过观察发现，经过多年试点，地方政府和学界在一些关键问题上仍有不少认识分歧。一些人认为，应摒弃已有社保制度分群体建制造成群体间保障不公平的弊端，建立统一长期护理保险制度；但也有不少人认为，长期护理保险与基本医疗保险制度覆盖面一致，且与基本医疗保险同步征收缴费，应承继基本医疗保险的制度特性，将职工和居民群体分开，分别建制，基金分开管理。

在制度内容上异见也不少。第一，在制度覆盖方面，有的主张覆盖全民，有的主张 40 岁或 45 岁以上人群参保，还有的主张仅覆盖老年群体。第二，在筹资水平方面，有的主张职工和居民同基数、同费率、同待遇，有的主张职工和居民同费率、不同基数、差异化待遇，还有的主张参考现行基本医疗保险制度，职工按比例缴费，居民按定额缴费，并实行差别化待遇。第三，在保障范围方面，有的主张以生活照料为主、医疗护理为辅；有的主张以医疗护理为主、生活照料为辅；有的地方将床位费纳入长期护理保险基金支出范围；有的地方将高龄补贴纳入支出范围。第四，在保障形式方面，大部分人反对直接发放现金津贴，但也有人推荐德国不断提高现金待遇占比的经验，认为可将其作为多元福利的一种形式。试点期间不少地区积极引入亲属照护和发放现金津贴，但也有地区明文规定不得提供现金待遇。第五，在政策整合方面，目前围绕失能人员的福利待遇有养老服务津贴、重度残疾人护理津贴、高龄津贴等，这些属于财政支出项目，与长期护理保险的保障范围有重叠。有人认为应当以长期护理保险制度为“集

① 张盈华：《长期护理保险制度的保障适度、财务平衡与筹资率》，《保险研究》2023 年第 9 期。

② 参见日本國立社會保障・人口問題研究所，<https://www.ipss.go.jp/>，2025 年 3 月 24 日。

合平台”，以失能等级评估结果为依据，可采用“就高不就低”方式整合使用相关资金，避免待遇重复；但也有人认为，这些政策资金由不同部门监管，当前整合使用的可操作性不强。这些认识分歧影响了试点地区政策走向，造成试点经验碎片化。

（二）建立各方可负担的筹资机制是当前推出长期护理保险制度的最大挑战

社会保险筹资机制包括筹资标准、筹资渠道、统筹层次三个要素，此外，长期护理保险的筹资机制还要考虑筹资对象的界定问题。首先，筹资标准取决于缴费基数和缴费率，参考其他社会保险尤其是基本医疗保险制度，缴费率相对固定，缴费基数与覆盖群体收入结构相关，城镇职工按工资收入采取比例缴费，城乡居民则采取定额缴费。其次，筹资渠道展现多元福利主义下不同主体的责任分担，城镇职工社会保险筹资由单位和个人分担，城乡居民则由个人和政府分担，我国《社会保险法》规定县级以上政府在社会保险基金出现支付不足时给予补贴，明确了地方财政对社会保险的“兜底”责任。再者，统筹层次的高低决定社会保险资金共济范围的大小，目前我国城乡居民基本医疗保险仍以市级统筹为主，长期护理保险跟随基本医疗保险征缴保费，将面临统筹层级低、共济范围窄、地区不平衡的挑战。最后，长期护理保险保障的风险集中发生在生命末端，与其他社会保险项目相比，逆向选择问题更加突出，年轻健康群体和多子女家庭缴费意愿更低，需要合理界定筹资对象范围。

当前推出长期护理保险制度的最大难点在于筹资，而筹资的最大短板在于城乡居民缴费，其面临三大难题。首先，居民缴费能力相对弱。2023年全国城镇非私营单位和私营单位就业人员平均工资分别是12.1万元和6.8万元，而城镇和农村居民的人均可支配收入只有5.2万元和2.2万元，就业人群和非就业人群之间、城镇居民与农村居民之间都有较大的收入差距。其次，居民缴费意愿相对低。与职工缴费由单位“代扣”不同，城乡居民参加社会保险要在规定期限内自行缴费，“相对剥夺感”更强。以城乡居民基本医疗保险为例，最低缴费标准从最初的10元增加到现在的400元，不到20年时间增长40倍，而与基本医疗保险相比，长期护理保险的风险触发点更晚，年轻人和健康群体参保意愿低，逆向选择问题突出。再者，财政补助能力差异大。仍以城乡居民基本医疗保险为例，2023年基金收入10569.7亿元，其中财政补助6529.7亿元，仅财政补助就占到基金总收入的62%。城乡居民参加长期护理保险也要求财政给予补助，但从省级层面看，人均地方财政收入最高和最低之间相差9倍，市县级的差距会更大，地区之间财政补助能力强弱不均问题很严峻，制约长期护理保险制度向城乡居民覆盖扩容。

（三）建立客观的失能评估机制和充分的服务递送机制仍存在不少难点

失能等级评估是长期护理保险制度公平公正的“精准尺”和持续运行的“安全阀”，护理服务递送是长期护理保险制度发挥功能的“核心轴”和实现效能的“衡量器”。截至2023年末，49个试点地区定点服务机构8080家，护理服务人员30万人，服务对象人数134万，平均每家定点机构护理人员不足38人，服务对象超过166人。据调查，大约有85%的护理对象接受居家上门服务。为了保障参保人权益，国家医疗保障局在2024年9月出台政策，对长期护理保险失能等级评估机构和护理服务机构实行定点管理，简称“两定”管理。

“两定”管理建立起评估机构和服务机构的进入退出机制，但仍面临两个瓶颈。一方面，2021年国家统一的长期护理失能等级评估标准公布实施，但在实践中遇到等级划分不精密、主观指标占比过大、评估过程客观性不足等问题。另一方面，受护理服务机构不足所限，^①一些

① 马智苏：《中国长期护理资源区域配置、供求缺口与整合路径》，《社会保障评论》2025年第9期。

地区不得不依赖亲属照护。所谓亲属照护是由失能人员的家属、亲友等提供照护服务，由长期护理保险基金按失能等级支付相应待遇。在 49 个试点地区中，有 26 个地区出台政策支持亲属照护。这种形式可以解决护理服务不足的燃眉之急，但无法堵住亲属只领钱不服务或不按规定提供合格护理的漏洞，出现非院所场景下护理服务的监督盲区。

四、实现我国长期护理保险制度高质量发展的路径探析

社会保障是关乎人民群众最关心最直接最现实的利益，党中央始终以人民为中心推进我国社会保障制度各项改革，长期护理保险制度的建立补齐了全生命周期保障安全网的最后一块制度短板，在党的二十大报告提出幼有所育、学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居、弱有所扶的“七有”基础上，增添了“残有所护”，社会保障网更加紧密牢靠。当前建立长期护理保险制度，应紧贴中国式现代化时代脉搏，^①紧跟全体人民走向共同富裕的历史步伐，不因循守旧，要敢于创新，推动中国特色长期护理保险制度建设高质量起步。

从制度引入时间看，我国长期护理保险制度启动试点时（2016 年）65 岁及以上老年人口占比 10.8%，人均 GDP 相当于 8000 美元，人口预期寿命 76 岁。德国长期护理保险制度建立时（1995 年）分别为 15.5%、32832 美元、76.6 岁，日本（2000 年）分别是 17.4%、33161 美元、81.2 岁。相比来看，我国建立长期护理保险制度是在人口老龄化程度相对不高但增速更快、人口预期寿命相对低但持续延长、人均 GDP 水平较低但经济长期向好的条件下提出的，时机特征是未雨绸缪，彰显应对人口老龄化的积极性、主动性和预见性。但不可否认的是，我国长期处于社会主义初级阶段的基本国情不变，地区发展不平衡、城乡发展差距大的问题依旧存在，建立长期护理保险制度，应放眼长远，认清现状，摸清规律，厘清原则。

（一）坚持国家顶层设计，做到全国一盘棋，集中力量办大事

我国地区之间经济发展不平衡，人口分布不均衡，允许在一定时期内制度保障水平的差异，但要坚持国家顶层设计，不能动摇统一制度的目标。从发展史上看，我国的社会保险制度由地市级起步实施，个别制度例如农村居民养老保险和医疗保险从县级起步实施，虽然契合地区发展不均衡的客观现实，但也造成待遇保障的区域不平衡和群体差别大等问题。

建立长期护理保险制度，应绕开基本养老保险和基本医疗保险走过的弯路，摒弃碎片化，做到全国一盘棋，由中央统一制度、统筹规划、统领标准，用足集中力量办大事的优势，用好社会保险的大数法则，在维护制度统一规范的前提下，给予地方政府应对具体问题的政策弹性，增强制度的灵活性、包容性和适应性。

（二）坚持共享改革发展成果，做到应保尽保，促进实施全民参保

长期护理保险制度通过社会性筹资，由全体社会成员共担部分群体难以应对的灾害性风险，制度运转轴心是大数法则，制度运行动力是社会互济。由于长期护理保险具有风险触发晚、长尾风险大特征，年轻人和健康群体参保主动性差，覆盖全民面临参保意愿弱和逆向选择多的挑战。加之，信息时代就业“去雇主化”造成更多人参保无单位缴费，按群体身份分设社会保险制度形成路径依赖，以及经济告别高速增长转向中高速增长等等，这些现状也不同程度地制约

^① 陈功：《积极应对人口老龄化背景下社会保障的战略思考》，《社会保障评论》2024 年第 8 期。

长期护理保险制度覆盖全民。

社会保障是维护社会公平、改善民生、促进人民福祉的社会基础工程,发挥民生保障安全网、收入分配调节器和经济运行减震器的重要作用,覆盖全民是中国特色社会保险制度的本质要求。建立长期护理保险制度应坚持改革发展成果更公平惠及全体人民,将覆盖全民和统筹城乡作为制度设计的根本出发点和制度运转的重要支点。

(三) 坚持守正创新思维,做到与时俱进,推动制度高标准起步

一方面,当前建立长期护理保险制度,晚于基本养老保险等其他社保制度二、三十年,有丰富经验教训可汲取;另一方面,德国和日本等国家长期护理保险制度运行已有二、三十年,有长期运行规律可参考。我国社会保障制度改革已进入系统集成、协同高效的阶段,社保体系内部各个方面之间、社保体系与经济社会各个领域之间联系更加紧密,影响更加深入,牵一发而动全身。2016年以来,一些试点地区突破社保建制的传统思维,取得了可贵的经验。截至2023年末,49个试点地区中有7个地区创设了城镇职工与城乡居民的统一制度,实现基金统筹管理,打破了社会保险分群体建制的传统;有1个地区规定18岁以下未成年人只参保不缴费制度,减轻多子女家庭缴费负担,创设了“家庭联保”机制。这些做法值得肯定。

建立长期护理保险制度,应紧贴中国式现代化时代脉搏,紧跟全体人民走向共同富裕历史步伐,不因循守旧,要敢于创新机制,勇于更新理念,秉持整体观、系统观、协同观,以独立险种、覆盖全民、规范统一、契合国情为目标,创新机制,建立中国特色长期护理保险制度,并促进其高质量发展。

(四) 坚持实事求是,做到熟谙运行规律,确保制度长期可持续

长期护理保险是全生命周期保障的最后一道安全网,与其他社会保险制度相比,受预期寿命延长和人口老龄化的影响更大。我国正在以每3—4年预期寿命延长一岁的速度走向超级老龄化社会,2024年平均预期寿命达到79岁,而带病存活时间也在不断增长,失能风险不断聚集,长期护理保险制度的财务可持续压力会越来越大。我国老龄化进程很快,从2000年进入老龄化到2021年进入深度老龄化仅用了21年,预计此后用10年时间将进入超老龄化社会。相比之下,德国用时分别是18年和35年。尽管德国走向深度老龄化的时间更缓,但自1995年长期护理保险制度建立以来,基金支出从每年不到50亿欧元增加至600亿欧元,2023年的基金支出规模占到德国医疗卫生总支出的12%。^①究其原因是制度受益面和保障范围快速扩大,1995—2023年参保受益率从1.48%攀升至6.61%,基金支出激增,倒逼政府不断提高强制缴费率。1995年时缴费率1%,2014年突破2%,2019年突破3%,从2025年起缴费率分别是有子女雇员3.6%、无子女雇员4.2%,达到了基本养老保险缴费率的1/5。人口老龄化是长期护理保险制度长期面临的挑战。

建立长期护理保险制度,应充分认识到人口规模巨大这一中国式现代化的首要特征,坚持实事求是,既要尽力而为,又要量力而行,充分认清任何超越阶段的福利承诺都会带来财务失衡,引发代际矛盾,危及制度可持续。兜住兜牢民生底线,循序渐进,不好高骛远,做好人口变化趋势跟踪和基金收支中长期平衡预测,引导理性预期,坚持以低筹资水平和保基本待遇起步,

^① 参见德国卫生部官网: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>, 2025年3月28日; 德国统计局官网: <https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health/Health-Expenditure/Tables/sources-of-funding.html>, 2025年3月28日。只包含德国长期护理社会保险的数据,不包含强制参加商业长期护理保险的数据。

在筹资可负担和基金可持续前提下，稳妥提高待遇和保障范围。

（五）坚持系统协同，科学客观规划制度，推进制度高质量发展

当前推出长期护理保险制度，需要更新理念，秉持整体观、系统观、协同观，以独立险种、覆盖全民、规范统一、契合国情为目标，创新机制，建立中国特色长期护理保险制度，并促进其高质量发展。^①具体措施：

第一，统一制度覆盖范围，不再按照城镇职工和城乡居民分别设立制度，采取统一费率、不同基数、分别征缴、统筹管理的方式，就业人员按照工资收入、非就业人员按照人均可支配收入作为缴费基数，未成年人参保可免于缴费。不再按群体身份分别建制既有必要性也有可行性。从必要性看，我国城乡居民与城镇职工基本医疗保险参保分设制度，多年来形成福利攀比和选择性参保问题，建立制度间基金调剂甚至统一制度的呼声渐长，长期护理保险制度应摒弃分设制度的弊端；从可行性看，一是一些试点地区建立职工和居民统一的长期护理保险制度并运行良好，二是长期护理保险筹资水平相对低，基金支出相对高且时间周期长，全社会更大范围的资金共济有助于制度可持续，三是近年来各地推行职工基本医疗保险个人账户与家庭成员共济使用，取得普遍认可和良好社会效益，“家庭联保”已有雏形。

第二，建立多元筹资机制，按照缴费分档、待遇分层、待遇差小于缴费差的原则，增强制度共济性，建立单位、个人、社会、政府等多元筹资渠道和各方可负担的筹资机制，加强中央财政向经济欠发达、老年人口比例高、失能群体规模大地地区的转移支付。

第三，坚持保障适度原则，不能脱离实际，不做超越实际的待遇承诺。认清我国长期处于社会主义初级阶段的基本国情不变，“未富先老”“未备先老”客观条件仍在，尤其是当前经济告别高速增长转向中高速增长等客观现实，坚持以收定支，稳妥扩大保障范围。

第四，主动融入社保体系深化改革，强化体系内外系统协同发展，以长期护理保险制度为核心，有效整合各项津补贴制度，实现财政在长期护理保障政策投入的统筹使用，提高资金使用效率，确保各项改革形成整体合力。

第五，盘活存量和激活增量相结合，解决长期护理服务供给不足的短板问题。一方面，统筹利用现有养老和医疗服务资源，鼓励家庭医生参与失能等级评估，盘活乡镇卫生院、基层卫生机构、村卫生室等基层卫生资源，设置长护险床位，鼓励家庭养老床位叠加医疗护理功能；另一方面，利用定点协议管理手段，发挥基金战略购买引导作用，促进养老服务增加供给和提高质量，实现长期护理保险制度与中国式养老事业联动发展。

第六，对现有失能等级评估标准进一步细化，并适时推出长期护理需求评估标准，规范评估流程，严守评估纪律，利用新技术，增强服务过程监督和效果评价，通过精细化管理，提升治理效能。

尤其是，建立各方可负担筹资机制，需要处理好个人缴费意愿、财政补助能力、多子女家庭缴费负担等方面的不充分不平衡问题，处理好基金可持续与筹资可负担之间的平衡，处理好长期护理服务下沉与基金统筹管理上移之间的平衡，处理好年轻人和健康群体推迟参保、断保、漏保和逆向选择等问题。这些都是顶层设计和落地实施绕不开的课题。

^① 郑功成：《中国特色社会保障制度论纲》，《社会保障评论》2024年第8期。

The Long-Term Care Insurance System with Chinese Characteristics: Theoretical Logic and Policy Pathways

Zhang Yinghua

(National Academy of Chinese Modernization, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100006, China)

Abstract: The Third Plenary Session of the 20th Central Committee of the Communist Party of China resolved to accelerate the establishment of a long-term care insurance (LTCI) system—an active response to the realities of accelerated population aging, deepening social security reforms, and growing domestic consumption demand. Anchored in a welfare culture that values mutual support, aligned with the political vision of common prosperity, supported by institutional foundations for a high-quality start, and driven by the urgent need to address hospital admissions for non-medical (social) reasons, China has chosen a social insurance-based model for its LTCI system. After more than eight years of pilot implementation, considerable variation remains across regions in terms of coverage, financing mechanisms, benefit design, implementation pace, and policy focus. In light of ongoing challenges—including divergent understandings, difficulties in financing design, disability assessment, and care service delivery—this paper proposes four guiding principles: strengthening top-level design, ensuring full eligibility coverage, innovating institutional mechanisms, and upholding a pragmatic, fact-based approach. The study also offers recommendations to promote the high-quality development of China's LTCI system through systemic coordination and improvement.

Keywords: long-term care insurance; system model; theoretical logic; high-quality development

(责任编辑: 仇雨临)