

# 长期护理保险“保基本”的理论解析 与实践路径

陈诚诚

**[摘要]** 长期护理保险近十年的试点过程中，“保基本”是其重要的政策实施原则。我国社会保障领域“保基本”政策原则已经倡导多年，然而不同研究者对于“保基本”价值内涵的理解仍存在巨大差异。这样的差异导致在践行“保基本”政策原则时，会产生异质性政策执行行为进而影响政策实施结果。因此在政策全面推广之初，有必要对“保基本”的理论内涵展开解析，通过对“保基本”所包含维度的整理以及各维度之间逻辑关系的探讨，总结归纳国内外长护险制度在实践“保基本”政策原则时所采取的策略与经验，对执行长护险“保基本”政策原则的关键问题提出政策建议与实施路径。

**[关键词]** 长期护理保险；保基本；政策边界；政策原则

## 一、引言

长期护理保险（以下简称“长护险”）自 2016 年开展国家级试点、2020 年扩大试点范围，迄今已有近十年的经验累积。在试点与扩大试点的政策文本中，反复强调了“坚持保障基本”（以下简称“保基本”）的政策原则。实践中，长期护理保险制度试点过程具有两个鲜明特点。第一，制度的整体设计与实施期间面临着“人口老龄化”与“经济发展增速放缓”一对张力。这使得一方面需要政府尽早筹备建制以应对过重的失能老人护理需求造成的财务负担；另一方面制度设计必须兼顾筹资主体的负担能力，保障基金抗风险能力与制度的可持续，因此“保基本”的政策原则尤为重要。第二，长护险地方试点版本异质性较强，具体在筹资方式、覆盖范围、待遇给付以及服务内容上均有体现，加之“保基本”的政策原则并未得到辨明和澄清，因此，各地在实践过程中对于“保基本”政策原则的执行千差万别。在已有研究中，先行文献对于长护险应该坚持“保基本”的政策原则有着普遍认同。<sup>①</sup>有研究将长护险“保基本”

**[作者简介]** 陈诚诚，北京科技大学文法学院副教授。主要研究方向：长期护理保险。

**[基金项目]** 国家社会科学基金一般项目“长期照护保险保障边界及制度衔接问题研究”（21BGL191）。

① 孙洁：《我国长期护理保险试点的经验、问题与政策建议》，《价格理论与实践》2021 年第 8 期。

的概念进一步阐释,认为“保基本”意味着政府承担有限责任。<sup>①</sup>具体来说可以通过限定保障人群、服务项目、待遇水平等来明确。<sup>②</sup>先行文献对于“保基本”的解析已有部分积累,但对于长护险“保基本”的内涵与维度缺乏进一步细化,因此导致各维度之间逻辑关系讨论的系统性不足,这使得“保基本”政策原则落地的可操作性缺失。基于此,本文重点探讨三个核心问题。第一,系统阐释长护险“保基本”的理论内涵,具体回应“保基本”包括哪些测量维度以及各维度之间有着怎样的逻辑关系。第二,总结归纳国内外对于长护险“保基本”的具体做法与统筹设计政策方案时所考量的因素。第三,基于对以上问题的讨论,为构建人民群众有获得感、幸福感与安全感的长护险制度,“保基本”政策原则下应有哪些具体的实施建议与实践路径。

## 二、文献综述

### (一) 关于“保基本”政策原则的讨论

事实上,基于经济发展水平、福利共识程度等综合因素,我国各项社会保险制度一直坚持“保基本”的原则。与长期护理保险具有高度连带关系的医疗保险制度,也有着“保基本”的原则要求。研究视角可以分为以下两个方面。

第一,从宏观层面对“保基本”政策原则的内涵展开差异化的阐释。研究者的核心讨论聚焦在适度保障、不应超越经济发展水平和动态调整变化等政策原则解读上。例如朱刚令认为所谓“保基本”意味着保障水平不应超越我国现阶段的经济水平。<sup>③</sup>熊先军也认为“保基本”聚焦基本医疗需求,应防止在保障上的过高承诺和过度的保障。<sup>④</sup>这与贾洪波提出的“保基本”意味着适度保障的观点类似。<sup>⑤</sup>李珍、王怡欢进一步将“保基本”聚焦到是保障基本医保目录内的医疗费用,并认为目录应符合临床必需、安全、有效、经济的原则。<sup>⑥</sup>另有一些研究者强调“保基本”概念的动态变化,认为“基本”的内涵和外延随着经济社会发展也在不断拓展。<sup>⑦</sup>

第二,落实到具体实践层面,各研究者在解读“保基本”政策原则时所理解的内容具有较大差异。争议的焦点主要在“保大病”还是“保大多数人的大多数病”。一种观点认为,保基本就是保生存保大病。保障生命的延续是基本的基本,不能让人民群众因为看不起病而失去生命。<sup>⑧</sup>肖力玮、吕国营也认为从保险学的视角看,保基本意味着应该强调分散风险的能力,应

① 苏忠鑫、王颖:《长期护理保险试点中的主要问题及对策研究》,《云南民族大学学报》2025年第1期。

② 王宗凡:《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》,《社会保障评论》2025年第4期。

③ 朱刚令:《保基本是医保工作的世界观和方法论》,《中国医疗保险》2019年第4期。

④ 熊先军:《医疗保障仍要保基本 重在解民忧》,《中国医疗保险》2018年第12期。

⑤ 贾洪波:《基本医疗保险制度可持续发展的功能定位与新作为》,《卫生经济研究》2019年第12期。

⑥ 李珍、王怡欢:《论基本医疗保险与商业健康保险的定位与衔接》,《中国卫生政策研究》2020年第1期。

⑦ 顾雪非:《基本医保药品目录——保基本和高价药如何平衡》,《中国卫生》2021年第3期。

⑧ 乌日图:《基本医疗保险要回归保基本的制度功能》,《中国医疗保险》2018年第6期。

保大病而非保小病。<sup>①</sup>田蒙蒙则认为“保基本”并不含有“保小病”的独立内涵，并提出要将“保基本”的概念进一步细化与阐释，通过“治疗需要”和“因影响工作产生治疗需要”的解释路径对疾病风险进行规范建构。<sup>②</sup>

而另一种观点认为，保基本就是保大多数人所患有的大多数疾病。强调基本医疗保险的公平性，主张大多数参保人应大致平等地获得基本医疗保险资金的补偿，认为基本医疗保险只能保障大多数参保人群发生的普通疾病和一般大病医疗费用。<sup>③</sup>

## （二）关于长护险“保基本”政策原则的讨论

在长期护理保险制度试点阶段，研究者提出在经济增速放缓阶段，特别是面临独立筹资的困难，长护险制度更是应当坚持“保基本”，认为“保基本”应作为长护险扩面与建制中的一项重要原则。<sup>④</sup>主要体现就是政府承担有限责任、提供“基本保障”。<sup>⑤</sup>

也有研究尝试将“保基本”的政策原则阐释的更具体。例如，鲁晓明、洪嘉欣认为应将政府责任定位由兜底责任转向遵循比例原则以实现“保基本”。<sup>⑥</sup>苏忠鑫、王颖认为长护险“保基本”的核心是找到真正需要长期护理的失能老人，在政府最小投入下，缓解老龄化、失能化带来的社会资源消耗。<sup>⑦</sup>王宗凡提出长护险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。<sup>⑧</sup>

## 三、长护险“保基本”理论内涵解析

### （一）长护险的政策边界与“保基本”

长护险“保基本”政策原则的提出基于我国经济社会发展水平与状态，因此适度保障、不应超速等刚性原则是“保基本”内涵的解读。然而，“保基本”原则必须具象化，先确定所包含的内容维度以及各维度之间的逻辑关系，“保基本”的政策原则才具有实践可能性。政策实施中，“保基本”原则阐释的核心是基于长护险政策设计的价值取向来进行讨论，与长护险的政策边界设计紧密相关。制度试点过程中，各地在长护险政策边界的设计上依照中央政府的框架型政策工具有着差异化的理解，因而呈现出的政策实施细则具有较强的异质性。具体来看，长护险政策边界包括了保障对象、保障内容与保障水平。如果将三个维度嵌套到社会保险的语境下，保障对象需要重点讨论哪些失能、失智风险是应由社会共同分担的；保障内容意味着需要回答通过何种基本医疗与照护行为回应社会需求；保障水平则意味着回应

① 肖力玮、吕国营：《新时代基本医疗保险依然必须坚守“保基本”》，《中国医疗保险》2019年第4期。

② 田蒙蒙：《基本医疗保险“保基本”的法理重释》，《社会科学战线》2024年第1期。

③ 乌日图：《基本医疗保险要回归保基本的制度功能》，《中国医疗保险》2018年第6期。

④ 孙洁：《我国长期护理保险试点的经验、问题与政策建议》，《价格理论与实践》2021年第8期。

⑤ 王宗凡：《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》，《社会保障评论》2025年第4期。

⑥ 鲁晓明、洪嘉欣：《构建长期护理保险多元筹资机制的法治进路》，《学术研究》2024年第6期。

⑦ 李珍、王怡欢：《论基本医疗保险与商业健康保险的定位与衔接》，《中国卫生政策研究》2020年第1期。

⑧ 王宗凡：《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》，《社会保障评论》2025年第4期。

如何分担费用和风险的保护程度。对“保基本”问题的理解必须回应三个维度如何设计以及三个维度之间存在着怎样的逻辑关系。

长护险制度由于建立于福利国家改革期，人口老龄化社会背景下基金筹集能力普遍受限，制度的边界设计与资金的保障能力紧密相关。在理想状态下，能够尽可能的保障大多数人、提供全面的保障服务以及待遇充足的制度设计是长护险高福利的表现。其中，尽可能的保障大多数人，在实践中往往表现为将不同程度的失能、失智风险群体纳入到保障体系，由全社会共同分担财务风险，例如制度惠及到轻中重度失能失智群体、不同年龄段群体等。提供全面的保障服务则意味着回应群体需要的基本医疗与照护项目的全面性，例如，将基本的医疗护理、日常生活照料（进食、移动等），以及帮扶保障对象实现部分社会化功能（购物、社交等）的项目纳入到制度保障范围中。保障待遇充足则意味着制度在分担费用和风险方面的表现力突出，个人所需要负担的费用极少。

## （二）“保基本”三个维度之间的逻辑关系

然而上述的绝对理想状态在经济增速放缓、人口老龄化增速加快的社会背景下很难实现。排除理想状态，长护险的制度设计需要结合经济社会发展程度与民众对福利的意愿与诉求来理性设计。所谓“保基本”，正是由于受限于筹资能力的前提下，三个维度的发展很难齐头并进。因此，“保基本”不仅意味着三个维度的适度与均衡，也意味着发展过程中三个维度的先后与取舍。有可能出现的情况是，当尽可能的保障了大多数人，且有能力提供较为充足完备的服务内容时，保障的水平可能会大打折扣。而在保障水平比较慷慨，服务内容优质保量时，所能触达的群体可能范围较窄。在保障群体范围较宽，保障水平也较为慷慨时，通常只能保障重点服务项目的达成。哪些失能风险应由社会共同分担、应给予哪些基本医疗与照护服务回应以及如何分担费用和风险的保护程度，在筹资能力受限的前提下，这三者之间的关系类似于一个“不可能三角”（如图1）。而三者的关系如何平衡？制度起步阶段如何选择更为理性且贴合民意？应该为此做哪些制度准备与统筹设计？国内外探索中如何实践以及这样选择的动因是什么？正是本文要回应的具体问题。

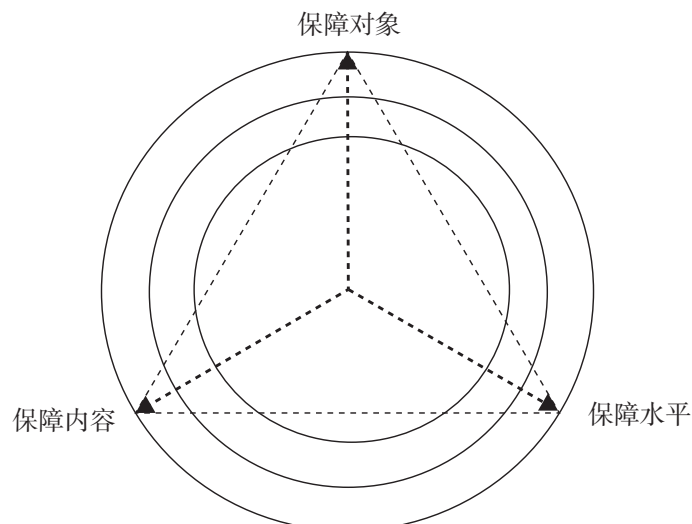


图1 保障水平、保障内容和保障对象三者间的逻辑关系示意图

## 四、长护险“保基本”在国内外的实践经验

### （一）国际经验

各国在长护险政策边界的设计上，存在异质性但也不乏有共同之处。例如，保障水平上，实施社会保险型的国家普遍设计了共付制度，但个人支付比例存在差异；保障内容上普遍设计了服务给付，服务给付通常又包括机构服务与居家服务，而个别国家亦设计了现金给付方式；保障对象上，轻中重度失能、失智群体普遍纳入到保障人群中，但是否应有年龄限制各国不一。更耐人寻味的是，各国在制度发展的不同阶段，针对所处的具体情境，保障水平、保障内容和保障对象的发展并非齐头并进。所谓普惠型的长护险制度安排，在立法与发展过程中也经历了取舍与博弈，使制度呈现了阶梯式的进程安排。

特别典型的国家如韩国。韩国在推行长护险时人口老龄化水平并未达到德国和日本的程度，韩国实施长护险制度时人口老龄化率为 11.9%，远不及德国和日本的 18.7% 和 17.2%，这也为制度的规划与发展留有时间。<sup>①</sup> 因此，韩国的长护险虽然广泛借鉴了日本的经验，但是却将“保基本”的理念因地制宜地嵌入到本国制度发展进程中。制度在筹备过程中，两次拟定的提案内容都强调了制度发展的渐进性策略。例如，2004 年“公共老年人护理保障促进企划团”<sup>②</sup> 的提案中提出制度需先从最重失能群体开始，在 2013 年再逐步扩大到轻度失能群体以及 45 岁以上患有老年性疾病的人群，护理服务则强调应将护理场域辐射到护理医院、护理病床。而在 2007 年“公共老年人护理保障政策执行委员会”<sup>③</sup> 提出的提案中也强调政策边界要阶段性扩大，制度初期从重度失能人员，即护理需求等级从 1—2 两个等级老人开始，到 2013 年将护理需求等级扩大到五个等级，将轻度失能老人也纳入进来。<sup>④</sup>

从保障人群发展变化的实际情况来看，韩国长护险制度在 2008 年推行前进行了三次政策试点。其中，第一次试点的保障人群主要是领取最低生活保障的重度失能老年群体，第二次和第三次试点的保障人群扩展到领取最低生活保障中的重度失能老人和一般重度失能老人，保障人群从最初的约 1 万 2 千人增加至 37 万人。<sup>⑤</sup>

在制度正式实施阶段，从保障重度失能老人起步，到目前为止已经有三个阶段的发展变化。首先，2011 年并未调整长护险等级评估量表，但是将最轻症的三等级分数从 55 分下调到 53 分，<sup>⑥</sup> 分数的下调使得到 2013 年待遇人群占全体老人的比例从连续三年的 5.9% 增至

① [韩] 卢法莱、陈诚诚：《韩国长期疗养保险制度效仿日本的经验》，《社会保障研究（北京）》2012 年第 2 期。

② 2003 年，“公共老年人护理保障促进企划团”由韩国保健福利部成立，该企划团由保健福利部长官和学界代表共同参与，下设四个专门委员会，分别对制度框架、资格评估、服务给付、机构和人力等制度细节进行研讨。

③ 2004 年 3 月“公共老年人照护保障政策执行委员会”成立，该委员会由保健福利部长官与次官车洪峰教授担任共同委员长，其中包括了学者专家、老年团体、市民团体代表共 21 人。

④ [韩] 李光载：《韩国和日本长期照护保险制度政策过程比较研究》，江南大学博士学位论文，2008 年。

⑤ 参见《老人长期护理保险 10 年史（2008—2018 年）》，韩国健康保险公社内部资料，2018 年 9 月。

⑥ 参见韩国长期护理保险官网：<https://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/201/npeb201m01.web?menuId=np0000000080&prev-Path=npbs/e/b/105/npeb105m01.web>，2025 年 12 月 30 日。

6.3%。<sup>①</sup>其次,2014年将以往的评估量表三等级变更为五等级,其中最轻症等级的下限分数下调为45分,这意味着将更多的中度、轻度失能人群纳入到保障群体,待遇人群占比2014年达到6.8%,2015年到7.2%,持续提升。再次,2018年韩国长护险待遇支付人群包括了评估量表未满45分的群体,即对轻微认知障碍人群采取积极的干预。评估量表的再次变更,使得待遇人群占比从2017年的8.3%增至2018年的9.1%,再一次达到新高。通过三次调整,制度从重度失能群体阶梯式的扩展到中轻度失能群体、失智人群,从最初申请人评估通过率(申请人提出申请后通过评估享受待遇的概率)仅为59%,到几乎全体申请人都纳入到长期护理保险的保障范围,保障人数占比从建制初期的4.2%增至2023年的11.6%。<sup>②</sup>至此,韩国长护险制度在保障对象方面完全走出了“保基本”的政策原则,在普惠性方面得到了长足的发展。

从保障内容的发展变化来看,2004年“公共老年人护理保障促进企划团”和2007年“公共老年人护理保障政策执行委员会”所拟定的政策提案中,机构服务范围均包括老人护理机构、专门护理机构、护理医院和护理病床以及老年之家。<sup>③</sup>在居家护理范围中,则均提出包括上门护理、上门洗澡、上门看护、上门康复、日间保护、短期保护、福利用具租赁和购置、居家护理管理指导和住宅改造。然而最后制度立法定型时,机构护理范围只保留老人护理机构和老年之家2项,而居家护理范围则保留了上门护理、上门洗澡、上门看护、上门康复、日间保护、短期保护、福利用具租赁和购置7项。可见,保障场域的选择和居家护理内容选择在最初的制度实施上是比较谨慎的。而从2022年开始,在原有的居家护理和机构护理的基础上,增加了失智专用型的机构。<sup>④</sup>2025年,韩国保健福祉部开始启动长期护理保险体系下“医疗中心型疗养医院护理费用报销”的规则制定工作,并计划于2026年落地实施。<sup>⑤</sup>这意味着随着制度发展推进,医疗属性的机构不再是被待遇支付排斥的对象,支付范围的边界在不断拓宽。

从保障水平来看,韩国的长护险从建制初期至今变化甚微。前两次试点中,规定个人自付比例为护理费用的20%,自第三次试点以来,为了鼓励居家护理的使用,提出了机构和居家应设置差异化的个人支付比例,即机构护理个人支付为20%,居家护理个人支付为15%,此后直到制度立法,保障水平的设计并未做出改革调整。

概括提炼上述韩国长护险的发展过程经验,韩国的长护险推行正是从履行“保基本”的政策原则起步,逐步发展到普惠型的福利制度安排。而从政策提案设计、试点、立法与改革四个过程中可以发现,韩国长护险保障对象、保障内容和保障水平的三个维度并非是同步发展的,其中,“保基本”实施初期重点是对保障对象的范围进行了控制。保障对象的调整呈现出比较

① 参见韩国统计厅官网: [https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M\\_01\\_01&vwcd=MT\\_ZTITLE&parmTabId=M\\_01\\_01&outLink=Y&entrType](https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_01_01&vwcd=MT_ZTITLE&parmTabId=M_01_01&outLink=Y&entrType), 2025年12月30日。

② 参见韩国统计厅官网: [https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M\\_01\\_01&vwcd=MT\\_ZTITLE&parmTabId=M\\_01\\_01&outLink=Y&entrType](https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_01_01&vwcd=MT_ZTITLE&parmTabId=M_01_01&outLink=Y&entrType), 2025年12月30日。

③ 参见《老人长期护理保险10年史(2008—2018年)》,韩国健康保险公社内部资料,2018年9月。

④ 韩国长期护理保险官网: <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/502/npeb502m01.web?menuId=npe000000380&prev-Path=npbs/e/b/501/npeb501m01.web>, 2025年12月30日。

⑤ 参见韩国桥梁经济新闻网: <https://www.viva100.com/article/20251114500370>, 2025年11月14日。

突出的渐进式扩容特点，保障内容调整亦发生了部分边界扩展，而保障水平几乎无变化（具体如图2）。

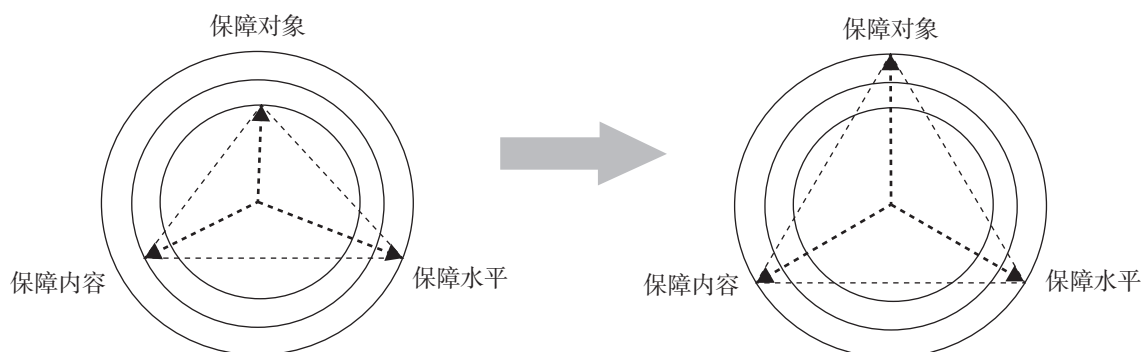


图2 韩国长护险政策边界三个维度调整示意图

## （二）国内试点地区经验

相比韩国经验，国内试点地区的探索经验更加复杂多元。这是由于在2016年人社部办公厅出台《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》（以下简称“指导意见”）之前，已有部分地方自主开始进行长护险的试点探索。由于并非在国家级政策文本的框架之下，自发生长的长护险具有鲜明的因地制宜、回应地方需求的特色。而自2016年首批国家级试点的推动，2020年医保局联合财政部出台《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（以下简称“扩大试点指导意见”）以来，国家级试点的政策文本不仅提出了框架型的指导意见，而且在启动自上而下的地方试点后，两批试点地区“自主创新”空间逐渐收缩，长护险政策开始向着全国统一的方向上引导促进。

直到2025年中共中央办公厅、国务院办公厅印发《关于加快建立长期护理保险制度的意见》（以下简称“加快建立意见”），为长护险制度在全国范围内铺开提供了政策依据。目前，长护险的制度框架是“1+N”的方式，即一个总的政策指导意见，N个配套的规范文件，其中包括了《国家长期护理保险服务项目目录（试行）》《长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）》《长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）》等一系列配套文件。自“加快建立意见”印发后，试点地区以往的“自主试验、因地制宜”试点方式逐步调整为“提质增效、对标对表”。试点地区因此在保障对象、保障内容和保障水平三个维度的发展与演进过程随着中央试点推进呈现了差异化的样态，而这种变化过程不仅对我国社会保障制度建设统筹规划给予重要启示，也为试点模式的设计与选择提供了再思考的空间。

### 1. 青岛经验

青岛是最早一批开展地方自主探索长护险试点的地区，2012年开始便以“长期医疗护理保险”的名称开展试点。青岛是全国最早进入老龄化社会的城市之一，老年人口基数大、增长快、高龄化特点突出。随着失能、半失能老人日益增多，其社会化医疗护理问题突出。青岛长期医疗护理保险的保障人群主要针对三类人，第一类是重症失能老人，具体来看是指病情较重、经重症监护室抢救或住院治疗病情已稳定，但需长期保留各种管道或依靠呼吸机等维持生命体征，需在二、三级医院专护病房继续接受医疗护理的群体。第二类是针对终末期及临终关怀老人，

指长期患各种慢性重病、长年卧床、生活无法自理，需入住专业护理服务机构或具有医疗资质的养老机构接受长期医疗护理的群体。除此之外的第三类，指在家庭或养老院居住的重度失能老人。<sup>①</sup>而到 2016 年，青岛出台了《关于将重度失智老人纳入长期护理保险保障范围并实行“失智专区”管理的试点意见》，长护险的覆盖人群进一步扩展到重度失智老人。至此，青岛的长护险覆盖人群分为两大主体，即完全失能人员和重度失智人员。在实践中保障人群边界在不断拓宽。

从保障内容来看，试点初期的“专护”“院护”“家护”和“巡护”四种待遇模式，主要以医疗护理服务或资金保障为主。到 2018 年青岛市建立了整合式的长期护理保险制度，正式将基本生活照料纳入到保障内容中来，<sup>②</sup>因此保障内容的边界也有拓宽的趋势。

从保障水平来看，2014 年青岛规定按待遇内容类别定额缴费，2018 年后青岛实施按比例缴费，其中规定参保职工发生的符合规定的医疗护理费用基金支付比例为 90%。参保居民发生的符合规定的医疗护理费用，一档缴费成年居民、少年儿童和大学生基金支付比例为 80%，二档缴费成年居民基金支付比例为 70%，报销比例不变。（具体如图 3）。

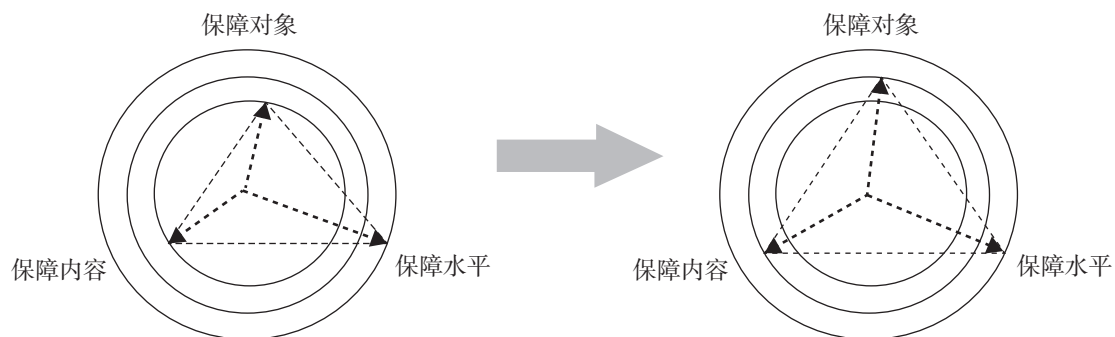


图 3 青岛长护险试点过程三个维度的调整示意图

## 2. 上海经验

上海从 2013 年开始试行“高龄老人医疗护理计划”，是地方较早开始进行自主试点的城市之一。从保障对象来看，2013 年的试点主要对象为重度失能的 80 岁以上退休老人，到 2016 年上海成为国家级试点的首批城市之一，明确将保障对象调整为评估等级为 2—6 级的 60 周岁以上的群体。2017 年选择了徐汇、普陀和金山三区进行试点，2018 年起开始在全市范围推开。从实际的待遇人数来看，截至到 2017 年底，三个试点区、原高龄老人计划对象和原民政存量平移老人合计共有 5.2 万人享受长期护理服务，而到 2018 年 9 月，全市接受社区居家和养老机构护理的失能老人新增约 8.35 万人，共计 13.55 万人享受到了长护险服务，<sup>③</sup>长护险在发展过程中保障对象全面扩容。

从保障内容来看，2018 年上海市的待遇支付范围包括了三个部分，即社区居家照护、养老机构照护和住院医疗护理。社区居家照护主要指通过上门或社区照护等形式提供照护服务，其

① 参见青岛市人力资源社会保障局：《青岛市长期医疗护理保险制度情况汇报》，内部资料，2017 年。

② 参见青岛市人民政府：《青岛市长期护理保险暂行办法》，2018 年 2 月 28 日。

③ 《上海进一步完善“长护险”制度研究》，上海市人民政府发展研究中心官网：[https://www.fzzx.sh.gov.cn/zdkt\\_2018/20200117/0053-10525.html](https://www.fzzx.sh.gov.cn/zdkt_2018/20200117/0053-10525.html)，2020 年 1 月 17 日。

中，提供社区照护的机构包括社区老年人日间照护机构、长者照护之家等。养老机构照护指为入住养老机构内的失能人员提供照护服务。住院医疗护理是为入住在社区卫生服务中心、护理院等医疗机构内的失能人员提供的医疗护理服务。其中，对住院医疗护理的支付和医疗保险支付进行了区分，住院医疗护理的支付包括了诊疗服务、药品、耗材和设备使用，而手术、肿瘤放化疗和介入治疗等项目由医保支付。<sup>①</sup>

到2021年5月，上海市人民政府办公厅印发了《上海市长期护理保险试点办法》的通知，将保障内容收缩为居家上门照护、社区日间照护和养老机构照护。其中居家上门照护是指养老服务机构，以及护理站、门诊部、社区卫生服务中心等基层医疗卫生机构和护理院通过上门照护提供的护理服务。社区日间照护是指养老服务机构为社区日间照护场所内的参保人员提供的护理服务。因此，上海市长护险将以往的住院医疗护理调整为由医疗保险进行支付。此次调整是由于随着2020年“扩大试点指导意见”政策出台后，长期护理保险作为一项独立的险种，无论是筹资机制还是待遇给付设计，都强调与医疗保险边界清晰化。因此，地方自主试点的城市，其保障内容（场域）并非因为制度发展一定逐步递增，上海的经验是随着制度的保障边界清晰而逐步规范化（具体如图4）。

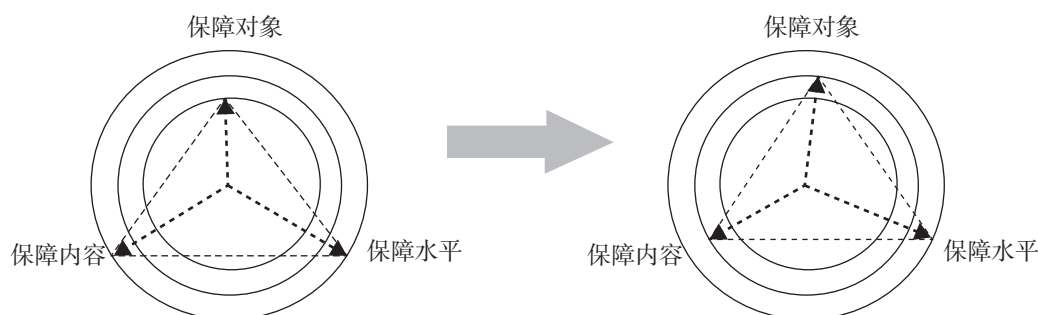


图4 上海长护险试点过程三个维度的调整示意图

从以上先行试点地区来看，我国长护险试点初期由于鼓励地方因地制宜、自主创新，各地对于长护险的需求、经济发展水平与配套基础设施条件等方面有着较大差异，各地对于“保基本”政策原则的理性认知和关注程度不够。随着“加快建立意见”的印发，试点地区进入“提质增效、对标对表”，建立全国统一长护险制度的高质量发展阶段，中央政府对于政策起步“保基本”的要求进一步明确。国家层面对于三个维度的发展与推动也有清晰的布局，国家提出了保障对象的逐步扩大原则，意味着在保障对象上从“保基本”起步但未来会有逐步扩容的趋势；保障内容方面，国家强调全国一盘棋的规范支付范围；在保障水平方面，国家在试点阶段始终坚持基金支付比例控制在70%，体现了坚持“保基本”的原则。

随着进入“对标对表”、全国一盘棋推进长护险制度阶段，个别试点城市由于已经在三个维度上发展的较为超前，需要阶段性的将政策保障边界逐步收缩，重新回归到“保基本”的政策原则中来。这对于地方政策转轨成本来说，无疑产生了一定的影响，各地在考虑制度向中央版本收缩时，不仅需要在制度细则上作出调整，还需要注意向民众进行政策变化的解读与舆情

<sup>①</sup> 参见上海市人力资源和社会保障局、上海市医疗保险办公室：《上海市长期护理保险的支付范围和标准设定研究》，内部资料，2018年5月14日。

的引导。因此,就一项社会保障项目的全国性试点而言,为了将“保基本”等关键政策原则实施落地,应注意在试点启动初期的统筹设计与规划。

## 五、结论与启示

长期护理保险制度由于实施时的复杂背景及其自身特点,引导民众对长护险的福祉程度有理性预期是政策推行的关键原则。本文尝试将长期护理保险的“保基本”政策原则进行细化和内涵解析,通过借用长期护理保险政策边界概念,来讨论长护险保障对象、保障内容和保障水平三个维度之间的逻辑关系和发展策略。通过国内外的实践经验发现,在三个维度中,保障对象的边界设计弹性相对较大,这意味着在经济发展增速放缓与筹资能力受限时,对于“哪些失能、失智风险是应由社会共同分担的”的设计与考量要十分谨慎。随着制度发展趋于稳定,可以统筹规划渐进式的扩面。保障内容的边界设计也具有可讨论的空间,因为“通过何种基本医疗与照护行为回应需求”涉及到保障内容的场域、形式、项目和清单四个维度。从国内外“保基本”实践经验来看,保障场域以非医疗属性的机构为主,保障项目主要包括基本的日常生活照料以及基础的医疗型护理。保障水平相对来说是三个维度中最稳定的,我国个别试点地区在起步阶段待遇保障不足,但从国家统筹设计乃至立法的角度,稳定的保障水平意味着制度效果的保证和福利预期,因此调节的空间相对较低。通过对国际的先行经验与国内试点实践的总结归纳,本文在“保基本”三个维度的设计上有以下三个方面的建议。

### (一) 保障对象的渐进式选择

#### 1. 保障对象的阶梯式发展应关注对筹资的影响

在长护险“保基本”的三个维度中,保障对象的窄口径起步是国内外落实“保基本”的普遍可操作化的策略。韩国在长护险政策方案拟定之初就设计了保障对象渐进式发展的思路,立法时从重度失能群体起步,而历经近20年政策演变,制度不仅将中、轻度失能群体纳入保障范围,并且对轻度失智群体介入干预,保障对象的比例大幅提升。这与我国前期的地方试点探索经验类似,地方开展的长护险试点也出现了保障人群逐步扩容的趋势。在长护险全面建制时期对于长护险保障对象也提出了阶段化发展的构想。

需要注意的是,长护险保障对象的渐进式发展一方面使得待遇人数增长,提升了制度的普惠性,另一方面,需要对长护险的筹资增幅有一定预期。例如,韩国长护险当期结余从2012年开始逐渐下降,<sup>①</sup>导致2018年长护险缴费率从维持了8年的6.55%提升至7.38%,此后长护险缴费率持续增幅,这与长护险保障对象的扩容有着紧密的关联。

<sup>①</sup> 《分年度长期护理资金情况》,韩国统计厅官网:[https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT\\_35006\\_N039&vw\\_cd=MT\\_ZTITLE&list\\_id=350\\_35006\\_A005&scrId=&seqNo=&lang\\_mode=ko&obj\\_var\\_id=&itm\\_id=&conn\\_path=MT\\_ZTITLE&path=%252FstatisticsList%252FstatisticsListIndex.do&orderBy=ASC](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N039&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=350_35006_A005&scrId=&seqNo=&lang_mode=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE&path=%252FstatisticsList%252FstatisticsListIndex.do&orderBy=ASC), 2015年12月30日。

表 1 韩国长期护理保险缴费率的变动表 (%)

时间	健康保险缴费率	长期护理保险缴费率
2008	5.08	4.05
2009	5.08	4.78
2010	5.33	6.55
2011	5.64	6.55
2012	5.80	6.55
2013	5.89	6.55
2014	5.99	6.55
2015	6.07	6.55
2016、2017	6.12	6.55
2018	6.24	7.38
2019	6.46	8.51
2020	6.67	10.25
2021	6.86	11.52
2022	6.99	12.27
2023	7.09	0.9082
2024	7.09	0.9182
2025	7.09	0.9182
2026	7.09	0.9448

资料来源：依照韩国健康保险公团官网（<https://www.nhis.or.kr/nhis/policy/wbhada01800m01.do>）和韩国桥梁经济新闻网（<https://www.viva100.com/article/20251104501373>）资料再整理。

注：2023年前，韩国长护险保费缴纳公式为：“长期护理保险保费 = 健康保险费 × 长期护理保险缴费率”。2023年1月后，该缴费公式调整为：“长期护理保险保费 = 健康保险费 × 长期护理保险缴费率 / 健康保险缴费率”。

我国由于目前在长护险制度全面实施初期，缴费比例相对较低，但是随着保障对象逐步扩大，尤其是轻度失能老人群体本身占比较高，<sup>①</sup>如果将这一部分群体纳入到保障对象中，需要针对未来近十年的缴费率进行科学测算，以避免缴费率增速过快。

## 2. “保基本”原则下应关注与其他制度的衔接

国内外经验发现，制度实施初期的“保基本”原则往往将保障对象锁定重度失能老人。尚未通过资格审核、但与通过审核极为接近的边缘群体，现实中与享受待遇的对象有着类似的处境，这使得制度在执行过程中会引来质疑，尤其是当待遇领取成功案例就发生在被排斥者周围时。因此，对于在制度初期无法纳入的被排斥者，需要怎样的制度衔接以保障其基本权益？恰是值得进一步思考的议题。在韩国，长护险实施初期只覆盖到重度失能群体，与长护险衔接的

<sup>①</sup> 以韩国为例，在2014年之前，韩国的待遇人群中3等级的占比是最多的，在2013年高达71.2%。2014年等级评估变更为5个等级，2016年5个等级中占比最高的是4等级，高达38.3%，一直持续至今。这说明，轻度失能老人的占比在各等级中占比最高。

主要有另外两项制度，<sup>①</sup>第一是家庭和社区护理服务（Home and Community Care, HACC），这一制度主要针对一些患有老年性疾病非重度人群，为其提供上门的照护服务由财政统一拨款，在长护险推行之前即存在。第二项制度是残障人活动保障服务（Personal Assistant Service, PAS），主要为失能程度较重的残障人提供照护服务，由财政统一拨款支持。各项制度设计充分保障了不同类别失能群体的权益，也使得长护险在实施初期能够顺利推行。这一做法也是我国医保局联合民政、残联与财政部门时可以参考借鉴的内容，由民政实施的失能老年人护理补贴向中度失能群体倾斜，由残联实施的残疾人护理补贴主要向残障程度较重的失能群体发力，长护险保障重度失能老人，三项制度分别保障差异化主体，形成制度合力。既避免了福利制度的过度叠加，造成资源的浪费，也使得在长护险“保基本”的政策原则下，各不同失能程度群体的权益得到保障。

## （二）保障内容的规范必需

如上述所言，长护险的保障内容可细分为场域、方式、项目与清单四个层次。其中，保障内容的场域指所提供的的基本医疗与照护行为的实施场所，通常有养老机构、居家与社区。国内外在长护险实践过程中有两个争论的焦点。第一，带有医疗资质的护理院、护理病床是否应该纳入支付范围，韩国在制度拟定初期对此有较大争议。在立法过程中，为了尽量将长护险与健康保险保持一定距离，曾将带有医疗属性的护理院、护理病床等排除在支付范围外。然而，在制度发展过程中，由于患病的失能老人存在现实的医疗需求，在2025年11月韩国正式启动长期护理保险体系下“医疗中心型医疗医院护理费用报销”的方案制定工作，计划2026年下半年正式落地。

第二，社区与居家护理的方式区分。居家护理强调机构入户，通常指养老服务机构，以及护理站、门诊部、社区卫生服务中心等基层医疗卫生机构和护理院通过上门提供护理服务。社区护理通常指为坐落在社区日间照护场所内的待遇人提供的护理服务，与居家护理有些差异。国际上通常并不将这两种类型分开，社区护理体现为日间委托式护理，可以在一天内根据需要选择不同时长提供保障服务。国内由于社区日间照料中心的体量不足，目前只有上海市实现了真正意义上的社区护理服务。

综上，支付场域的选择对于基金支付有着较大影响，韩国的长护险支付场域的演化亦为我国提供了参考。目前，部分试点地区在医院里设置了长期护理病床，按照床日设计支付方式，说明现实中具有一定的真实需求，应密切关注长期护理病床的基金支出情况，并增强社区提供日间照料的功能，鼓励日间照料中心在社区落地。

保障内容的方式主要包括了服务给付与现金给付两种，鉴于国内外的实践经验，“亲情补贴”的方式对于基金监管不利，因此，向失能人员只提供服务给付也是我国长护险制度全面

<sup>①</sup> 陈诚诚：《德日韩长期护理保险制度比较研究》，中国劳动社会保障出版社，2016年，第123页。

铺开的谨慎选择。保障内容的项目上,我国的长护险制度在国家层面统一制定了服务项目目录,并且明确了服务项目清单和要求,其中,生活照护有20项,医疗护理有16项。有些试点地区例如广州,服务清单数量更为广泛和细致,共有83项,其中生活照料41项,医疗护理34项,<sup>①</sup>在保障项目上多于国家层面服务项目目录。综上,我国长护险保障内容方面“保基本”的特点突出,这为未来边界调整提供了空间。目前的保障内容四个维度的设计在“保基本”的基础上,呈现了“统一规范、只保必需”的特点。

### (三) 保障水平的综合考量

#### 1. 福祉性与安全性的平衡

与基本医疗保险类似,社会化的长护险制度同样具有第三方支付、供方诱导需求等特点,容易诱发供需双方的道德风险,待遇给付政策通过设置经济激励措施来控制待遇人过度使用护理服务的行为,常用的政策工具是费用分担政策,即在第三方支付制度的基础上引入使用者付费机制。因此,我国长护险的“指导意见”“扩大试点指导意见”对于基金支付比例都规定总体控制在70%左右,这一比例的设定也参考了国际上实施社会化长护险的先行国家经验。在保证待遇人福祉的同时兼顾基金的使用安全。但在地方试点过程中,个别地区为了突显政策的正面效应将支付比例设计较高,不利于基金的可持续性。随着“加快建立意见”的印发,保障水平的稳定性和各地政策执行的规范性将进一步加强。综上,保障水平的设计对于制度的福祉性和基金的安全性是一个综合考量的结果。并且,由于目前并没有设计长护险服务的指导价格,因此保障水平的设计是基于居家限额或机构定额的基础上展开的,从精准化的角度看,未来“保基本”的真正落地还应依赖于护理服务价格的设计。

#### 2. 对于不同群体保障水平的差异化设计

事实上,国际上对于保障水平的差异化设计通常按照人群收入水平来区分,而非基于缴费机制的考量。简言之,对于低收入群体的待遇支付应考虑减免个人支付比例政策。这在我国试点地区也并不罕见,据统计,有7个试点地区在待遇享受环节对经济困难群体有倾斜政策。<sup>②</sup>例如上海针对低保老年人实施全额补贴,低收入家庭老年人补贴50%,自付部分由市区财政补贴。南通对于建档立卡户、低保、特困人员等的上门照护和辅助器具自付费用由长护险基金补贴,滨州对于医疗救助对象的待遇支付水平适当倾斜。综上,长护险的保障水平虽然秉持“保基本”政策原则,但是从保障待遇人权益,尤其是体现制度福祉性的角度,对于低收入、医疗救助群体等特殊人群的福利水平应该予以充分的考量,以真正体现出长护险作为一项社会保障项目所秉持的公平正义原则。

<sup>①</sup> 参见广州市医疗保障局代表在2025年12月22日“全国长期护理保险高质量发展大会”上的报告《广州市长期护理保险试点实践体会及转型思考》。

<sup>②</sup> 何梓彤等:《如何将困难群体纳入长期护理保险?——制度设计与财政负担》,《中国卫生政策研究》2024年第11期。

# Theoretical Analysis and Practical Pathways for "Basic Protection" in Long-Term Care Insurance

Chen Chengcheng

(School of Humanities and Social Sciences, University of Science and Technology Beijing, Beijing  
100083, China)

**Abstract:** After nearly a decade of pilot practice, as long-term care insurance is being rolled out nationwide, "basic protection" is an important principle guiding policy implementation. The principle of "basic protection" in China's social security sector has been advocated for many years; however, researchers still differ markedly in their understandings of its value implications and theoretical connotations. Such differences can lead to heterogeneous implementation practices when applying the principle, thereby affecting policy outcomes. At the outset of nationwide expansion, it is therefore necessary to clarify the theoretical connotations of "basic protection". By identifying the dimensions embedded in "basic protection" and examining the logical relationships among them, this article synthesizes strategies and experiences from China and abroad in operationalising the principle and proposes practical pathways for implementing "basic protection" in long-term care insurance.

**Keywords:** long-term care insurance; basic protection; policy boundaries; policy principle

(责任编辑: 仇雨临)