长期护理保险制度建设的国际经验

朱铭来 康琢

我国长期护理保险（以下简称长护险）自 2016 年启动试点以来，已走过十年探索历程。在试点过程中，围绕失能等级评估、经办服务、服务项目管理和基金运行监管等方面，国家层面陆续出台了一系列配套制度文件，制度框架和实践基础不断夯实。2026 年 3 月，《中共中央办公厅　国务院办公厅关于加快建立长期护理保险制度的意见》印发，标志着我国长护险由地区试点转向全面推开，进入制度定型的关键阶段。在此背景下，如何建立覆盖全民、运行规范且可持续的长护险制度，成为下一步改革亟待回答的核心问题。

从国际经验看，德国和日本较早建立了长期护理保障体系，并在长期运行中形成了具有代表性的制度路径，系统梳理其改革经验，有助于为我国长护险全面建制提供有益借鉴。

德国长护险制度建设经验

德国形成了社会长护险与私人长护险并行发展的双轨制保障体系。一方面，德国在社会保险制度框架内建立了社会长护险，主要覆盖法定医疗保险参保人，由护理保险基金负责经办，资金由雇主与雇员共同承担；另一方面，规定参加私人医疗保险的人员必须同步参加私人强制长护险，该制度由私人保险公司承办，其保障范围和待遇水平原则上与社会长护险保持一致。尽管两类制度在覆盖对象、经办主体和筹资方式等方面存在差异，但共同构成了德国法定长期护理保障体系。从参保规模来看，社会长护险占据主导地位。德国联邦卫生部

数据显示，德国社会长护险作为一项独立的社会保险制度，主要依托疾病保险基金设立护理保险基金，利用既有医疗保险体系的参保登记、缴费征收和经办服务基础，但长护险基金与医疗保险基金实行分账管理、独立核算。在筹资方面，德国社会长护险以缴费筹资为主，原则上由雇主和雇员共同负担，并根据参保人的子女情况实行差异化缴费。1995 年，长护险制度实施之初，缴费率是 1%，1996 年调整至 1.7%，到 2015 年缴费率上升至 2.35%，2017 年起 18 周岁以上全体国民按照收入比例缴纳保险费，其中在职人员长护险费率提高到 2.55%，由雇主和雇员各承担 50%；退休人员需要完全自付缴费；失业者、领取救助金的难民则由政府部门代为缴纳全部保费，学生群体也无须缴纳保费；23 周岁以上且无子女者需要缴纳 2.8%的保费。2019 年，费率更提升至 3.05%。另外，根据子女人数采取弹性费率，2023 年标准为：零子女的费率为 4.0%，一个子女的费率为 3.4%，每增加一个子女，费率下降 0.25 个百分点。德国社会长护险的待遇服务主要围绕居家护理、专业上门护理和机构护理展开。居家护理主要由家庭成员、亲友或其他非正式照护者在家中提供照护，护理保险以护理津贴形式给予现金支持；上门护理由专业护理机构上门提供身体照护、生活照料和家务协助等服务，护理保险通过实物给付方式支付相关费用；机构护理则主要面向护理需求较重的失能人员，由养老护理机构提供全天照护服务。在居家护理与机构护理之间，德国还设置了较为丰富的中间性服务安排。例如，日间护理和夜间护理可以为失能人员提供阶段性机构照护；短期护理主要用于出院后过渡性照护、家庭照护暂时中

断或照护者无法继续照护等情形；替代护理则用于家庭照护者临时不能照护时，由其他人员或机构临时接替照护责任。总体来看，德国社会长护险参保规模保持稳定，待遇领取人数则持续增长。2020 年至 2025 年（见表 1），参保人数由 7334.7 万人增至 7453.5 万人，年末待遇领取人数由 432.3 万人增加至 601.1 万人，增长约 39.0%。2025 年，居家及上门护理待遇领取人数达到 516.1 万人，占全部待遇领取人数的 85.9%。由此可见，德国长护险充分体现了居家护理优先的制度导向。

表 1　德国社会长期护理保险参保与待遇领取情况

（单位：万人）

年份	2020	2021	2022	2023	2024	2025
参保人数	7334.7	7330.6	7366.2	7429.7	7455.5	7453.5
年末待遇领取人数	432.3	460.6	487.5	523.7	564.3	601.1
其中：居家／上门护理	347.9	376.3	404.4	439.3	479.2	516.1
机构护理	70.3	70.2	69.1	70.3	71.1	71.1
融入援助机构护理	14.1	14.1	14.0	14.0	14.0	13.9

资料来源：根据德国联邦卫生部《护理保险：数字、数据与事实》（截至 2026 年 4 月）及《社会长期护理保险参保人按参保类别和性别划分，1995—2025 年》整理，原始数据来自德国护理保险基金业务统计。

日本长护险制度建设经验

为应对人口快速老龄化及长期照护需求持续增长，日本于 2000 年正式实施长护险制度（又称“介护保险”）。该制度将参保对象划分为两类：第一类被保险人为 65 岁及以上人员，第二类被保险人为 40～64 岁且参加医疗保险的人员。两类人群在待遇享受条件上有所不同：第一类被保险人经评估认定达到“要支援”或“要介护”状态后，即可按照相应等级享受介护保险待遇；第二类被保险人则主要在因制度规定的特定疾病产生护理需求时获得保障。日本厚生劳动省发布的

《2023 年度介护保险事业状况报告》显示，截至 2024 年 3 月末，日本第一类被保险者为 3589 万人，其中经“要支援”或“要介护”认定的人数为 695 万人，认定率为 19.4%。在筹资机制方面，日本长护险实行保险缴费与公共财政共同分担的筹资模式。保险费由第一类被保险人和第二类被保险人分别承担，其中，第一类被保险人的保费由市町村征收，原则上从养老金中代扣代缴；第二类被保险人的保费则与医疗保险费一并征收。公共财政资金由中央政府、都道府县和市町村按照规定比例共同承担。在待遇支付环节，参保人使用介护服务时需承担一定比例的个人费用，其自付比例根据收入水平划分为 10%～30%不同档次，其余费用由长护险基金支付。由此，日本长护险形成了个人缴费、财政补助与服务使用者适度分担相结合的费用负担机制。日本厚生劳动省资料显示，2000 年的护理费用是 3.6 兆日元，2005 年增加到 6.4 兆日元，2017 年更是增至 10.8 兆日元，17 年增长了 200%。2025 年，护理保险预算增至 18 兆～21 兆日元。与此同时，个人支付的保险费不断提高，2000—2002 年度第一类保险费全国平均水平为 2911 日元/月，2015—2017 年度为 5514 日元/月，2018—2020 年度达到 5869 日元/月。预计 2025—2026 年度这一数字将达到 8165 日元/月。日本长护险将护理需求分为“要支援”和“要护理”两大类，共包含七个等级。其中，“要支援 1 级”和“要支援 2 级”主要面向生活自理能力开始下降、尚未达到明显失能状态，但存在功能衰退风险、需要预防性服务和一定生活支持的人群；“要护理 1 级”和“要护理 2 级”主要对应轻中度护理需求者；“要护理 3 级”及以上则主

要对应中重度和重度护理需求者。日本长护险主要包含居宅护理服务、社区紧密型护理服务和机构护理服务三种服务类型。其中，居家护理服务主要是在老年人原有居住环境中提供护理支持，服务内容包括上门护理、居家康复等；社区紧密型护理服务主要依托社区和市町村服务网络提供，服务内容包括小规模多功能居家护理、认知症老人共同生活照护等；机构护理服务则主要通过介护老人福祉设施、介护老人保健设施、介护医疗院等机构提供，服务内容包括长期生活照料、康复护理、医疗管理等。2023 年度，居宅服务、社区紧密型服务和机构服务的累计受给者人次分别为 5058.94 万人、1097.06 万人和 1151.59 万人（见表 2）。居宅服务受给规模明显高于其他两类服务，表明日本长护险在服务供给上总体形成了以居家照护为基础、社区服务为支撑、机构照护为补充的运行格局。

表 2　日本介护保险服务累计领取情况

（单位：万人次）

护理等级	居宅护理服务	社区紧密型护理服务	机构护理服务
要支援 1 级	420.84	6.20	0.0011
要支援 2 级	626.25	9.18	0.0016
要护理 1 级	1336.35	326.03	57.66
要护理 2 级	1136.22	279.66	97.73
要护理 3 级	702.96	215.43	283.51
要护理 4 级	523.49	159.11	419.85
要护理 5 级	312.82	101.45	292.83

资料来源：日本厚生劳动省《2023 年度介护保险事业状况报告（年报）》。表中数据为 2023 年度累计受给者数。

对我国长护险发展的政策启示

德国和日本的经验共同表明，长护险不是医疗保险的简单延伸，也不是养老服务补贴的直接替代，而是应对失能风险的独立制度安排。

我国长护险正处于制度定型和全面推进阶段，应重点考虑在以下几个方面进行完善。第一，明确长护险的独立制度定位。德国将长护险作为第五大社会保险，日本则建立了独立的介护保险制度。两国经验说明，长期护理风险具有长期性、持续性和服务依赖性，不能简单依附于医疗保险。我国长护险在起步阶段依托医保部门经办具有现实合理性，但在制度成熟后应逐步形成独立筹资、独立核算、独立支付和独立监管机制，逐步减少对基本医保的依赖。第二，建立责任共担、动态调整的筹资机制。德国通过缴费率调整应对基金收支压力，日本通过保险缴费与中央、地方财政共同分担稳定制度运行。对我国而言，长护险应形成单位、个人、政府等合理分担的多渠道筹资机制。同时，应建立费率动态调整机制，根据人口老龄化程度、失能率、服务价格、工资水平和基金运行状况适时调整。第三，完善全国统一的失能评估体系。德国近年来强化认知障碍、精神心理和社会参与因素，日本实行“要支援”“要介护”的分级认定。我国已经出台长期护理失能等级评估标准，下一步，应重点提升评估质量，建立动态复评、异议处理、第三方监管和评估数据留痕机制，既防止评估过宽导致基金风险，也防止评估过严削弱群众获得感。第四，坚持居家社区优先的发展方向。德国和日本的运行数据都表明，居家和社区照护是长护险服务利用的主体。我国老年人居家养老意愿较强，机构护理资源地区差异明显，因此，应重点支持居家上门护理、社区日间照料等服务。这样既有利于提高老年人生活质量，也有助于控制制度成本。第五，发挥商业保险和养老金融的补充作用。基本长护险应坚持保基本、保重度、

可持续，商业护理保险则可在差异化服务、护理服务升级以及寿险责任转换等领域发挥补充作用。金融机构参与长护险，不应局限于简单经办和费用审核，而应在精算测算、风险管理和养老金融产品创新等方面发挥专业优势，推动形成基本保障、商业补充相互衔接的多层次长期护理保障体系。

（本文来源：《中国金融》2026 年第 20 期，第一作者系南开大学金融学院教授、博士生导师；南开大学卫生经济与医疗保障研究中心主任）