

中国长期护理保险制度的成效、困境与优化路径

李科强¹ 李志博^{2*}

(1. 宁波财经学院, 浙江 宁波 315175; 2. 云南民族大学, 云南 昆明 650504)

摘 要: 中国正在经历以失能老人规模快速增长为标志的深度老龄化, 而家庭照护功能的持续衰退使得这一问题尤为突出。自 2016 年以来, 国家已在 49 个城市展开两轮长期护理保险试点, 但制度从试点迈向全国统一的过程中, 仍面临筹资路径依赖、城乡二元分割、评估标准碎片化和服务质量监管缺位等深层次矛盾。本文在梳理制度演进脉络的基础上, 从覆盖范围、筹资机制、服务供给和政策溢出四个维度评估了试点成效, 并对上述困境进行了深入剖析。研究认为, 当前制度面临的核心张力在于筹资独立性不足与城乡待遇差距过大的叠加效应, 前者威胁制度的财政可持续性, 后者削弱制度的社会公平性。借鉴德国、日本和韩国的制度经验, 本文提出以立法为先导、独立筹资为核心、统一评估为基础的系统性优化方案, 为推动制度全面建立提供参考。

关键词: 长期护理保险; 人口老龄化; 试点评估

DOI: <https://doi.org/10.65196/5zc5s403>

一、问题提出

中国正在经历人类历史上规模最大的人口老龄化进程。第七次全国人口普查显示, 2020 年中国 60 岁及以上人口已达 2.64 亿, 占总人口的 18.7%; 据预测, 2035 年前后这一比例将突码 30%。但纯粹的人口数据并不能捕捉问题的全部。真正让人不安的是老龄化的结构: 第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查显示, 全国失能、半失能老年人口已超过 4000 万, 且这一数字在持续攀升。与此同时, 中国家庭平均规模已缩减至 2.62 人, “4-2-1” 家庭结构意味着传统的代际照护模式在多数家庭中已不可持续。一个常见的场景是: 一位失能老人需要两名以上成年家属轮流照护, 而家属同时还需维持就业和子女教育。一人失能, 全家失衡的说法并非夸张。

问题的核心在于, 长期以来中国社会保障体系在长期照护领域存在明显的制度空白。基本医疗保险明确将生活照料性质的护理费用排除在支付范围之外; 养老服务体系仍主要面向兜底保障对象; 商业护理保险市场发育不足, 覆盖面极为有限。失能风险因而成为一种典型的灰犀牛: 人人知道它在靠近, 但少有人真正为它做好了制度准备。

制度建设的进程始于 2016 年。人社部首批确定 15 个城市启动试点, 2020 年国家医保局将试点扩展至 49 个城市。近十年的探索积累了丰富的地方经验, 但也暴露了一些不容回避的结构性矛盾: 筹资过度依赖医保基金, 城乡制度双轨运行, 服务质量参差不齐, 评估标准各行其是。2024 年国务院《政府工作报告》提出推进建立长期护理保险制度, 这意味着制度从试点迈向全国统一的政策窗口已经打开。但窗口期的到来不等于问题的自动解决。硬核问题依然横亘在前方: 如何在财政紧平衡下实现筹资独立? 如何弥合城乡之间的待遇差距? 如何在中央顶层设计与地方实践创新之间找到平衡点? 本文试图对这些问题给出回答。

二、文献回顾与理论基础

长期护理保险研究有一个明显的特点: 它不是某个学科的专属领地, 而是社会保障、公共管理、老年学和健康经济学的交叉场域。因此, 学术累积没有统一的范式, 但有几条主线值得特别关注。

(一) 国际经验: 三种模式与其启示

作者简介: 李科强 (1983-), 男, 博士, 副教授, 研究方向为数理经济和多元统计。

李志博 (1999-), 男, 硕士研究生, 研究方向为社会保障。

通讯作者: 李志博

国际社会保障研究中，长期护理保险通常被称为第五支柱，但各国的制度设计差异极大。德国 1995 年率先建立法定长期护理保险，核心逻辑是护理保险跟随医疗保险，实行现收现付制，雇主和雇员各承担一半。德国模式的一个显著优势是给予参保人较大的选择自由：可以选择现金补偿自行安排照护，也可以选择专业机构服务。但这种灵活性的代价是，家庭照护者的劳动权益保护长期不足，这也是德国制度当前改革的焦点之一。

日本 2000 年实施的介护保险走了一条不同的路。它将运营主体下沉到市町村层级，筹资来源由保险费和税收各占 50%，服务侧重实物给付而非现金补偿。日本模式的特色在于地域密集型服务体系，社区嵌入式服务占据主导地位，但这也意味着地区之间的服务质量差异难以避免。韩国 2008 年的制度则表现为依附型：依附于国民健康保险公团运营，缴费率约为健康保险费的 6.55%。这种模式的好处是行政成本低，但覆盖范围窄和给付水平低始终是争议焦点。

从学术研究来看，Campbell 等（2010）的比较研究具有奠基性意义，其对德日两种范式的差异分析至今仍是该领域的基本参照。Theobald 和 Husen（2015）的研究则提醒我们，制度设计的后果往往超出预期：德国护理保险建立后，护理行业就业规模大幅增长，但低工资和劳动力短缺问题没有因此解决——这一教训对中国尤其重要。Nadash 等（2018）和 Rhee 等（2015）的研究则分别从财政可持续性和制度绩效角度提供了重要的分析工具。值得注意的是，三国的共同趋势是费率不断上行，这意味着低成本启动的策略在长期可能是不现实的。鲁全（2023）对德国最新改革的跟踪研究也值得参考，但需要警惕的是，国际经验的可移植性始终受到制度环境的深刻制约。

（二）国内研究：三个焦点与一个缺失

国内学术界对这一议题的关注大约始于 2010 年代中期，集中在三个方向。

其一是制度模式之争。郑功成（2016）主张建立独立险种，何文炯（2017）更关注制度与服务体系的衔接，林闽钢（2015）则从治理视角认为这不是纯技术问题。这三位学者的观点其实分属不同层次：郑讨论的是制度定位，何关注的是制度接口，林提出的是制度哲学。但三者共享一个默认前提：长期护理保险必须作为一个独立的制度来建设，而非医疗保险或养老保险的附属。戴卫东（2015）的专著对这一立场做了更系统的阐发，席恒和雷晓康（2018）则从理论基础角度强化了这一论证。

其二是筹资机制的技术讨论。这方面的研究较为实证导向。王延中等（2019）通过精算模型测算了不同情景下的费率水平，结论是单纯依赖医保基金划转难以持续。杨团（2018）则从公平性角度讨论了缴费责任分担问题。这两项研究代表了筹资研究的两个极：效率与公平。实际上，筹资设计的难点恰恰在于两者的平衡。

其三是试点评估研究。赵曼和韩丽（2019）对首批试点做了比较分析，黄晨阳和陈玉琢（2021）用实证方法发现了控费替代效应，陈友华和施旻妮（2022）做了系统梳理。这些研究提供了宝贵的经验证据，但大多聚焦于单一政策效应的检验，较少将试点放在制度演进的宏观框架中理解。朱铭来和郑先平（2021）、景军和陈斌（2020）、林宝（2021）等研究也从不同角度丰富了这一领域的知识积累。

已有研究的一个显著缺失是：较少有人将试点的成效与困境放在同一个分析框架中进行对照研究。评价试点成效的文献往往强调制度红利，而分析困境的研究则倾向于问题清单。本文试图将两者结合起来，因为成效与困境并非互不相关的两个故事——某些成效恰恰是困境的另一面，而某些困境可能是成效的代价。

（三）分析框架

本文采用“制度演进—多维评估—困境剖析—路径优化”的四步分析思路。这一框架的理论资源主要来自社会风险管理理论和渐进制度变迁理论。前者强调，失能风险是工业化和老龄化共同催生的新型社会风险，传统的家庭和社区网络已无法有效应对，需要国家层面的制度化回应。后者则提醒我们，中国的制度建设取向——从青岛的单城率先试验，到首批和扩大试点的渐次推广——其实是一个典型的摸着石头过河过程，这决定了当前制度的许多特征（包括缺陷）都带有浓厚的路径依赖色彩。福利多元主义理论则提供了一个更广阔的视角：制度设计不能只看国家与个人的关系，还要看市场和社会组织的角色，这对理解中国护理服务供给侧的困境尤为重要。

三、制度演进：从地方试验到国家试点

（一）地方自发探索（2012—2015）

在国家层面出台统一政策之前，青岛市于 2012 年率先建立了长期医疗护理保险制度。青岛的做法很让人玩味：它没有另起炉灶，而是直接寄生在城镇职工和城镇居民医保基金之上，主要解决医疗护理而非生活照料问题。这种依托医保、侧重医疗的策略在当时是现实的——它规避了新建制度的高成本，也降低了政治推动的阻力。

（二）首批国家试点（2016—2020）与扩容（2020 至今）

2016 年的首批试点是一个分水岭。人社部确定 15 个城市启动试点，基本原则是以人为本、保障基本、责任分担、因地制宜，这十六个字的表述看似平衡，实际上因地制宜四个字的权重远超其他。试点城市被赋予了极大的自主空间，也因此产生了三种典型模式：青岛的“依托医保”模式、成都的独立社保模式和上海的独立险种模式。各地在覆盖范围、筹资来源、待遇标准、服务供给等方面差异显著，这种差异既是制度创新的源泉，也是未来制度统一的障碍。

2020 年的扩大试点文件做了重要调整。最关键的一个信号是明确了独立险种的方向，要求筹资以单位和个人缴费为主，并推出了统一的失能评估标准。这些调整表明，中央层面已经意识到了试点阶段的主要问题，并开始朝着统一方向收敛。

四、试点成效的多维审视

（一）覆盖面的扩张与局限

从纵向看，试点城市参保人数从 2016 年的约 4800 万增长至 2024 年的约 1.8 亿，增速可观。更重要的是横向扩展：多数城市已从仅覆盖城镇职工扩展到城乡居民，成都、苏州等城市率先实现了市本级范围内的参保人群全覆盖。这种由职工向居民、由城市向农村的扩展路径符合社会保障制度的普惠化方向。但问题在于，覆盖并不等于保障。城乡居民的待遇水平仅为城镇职工的三分之一到二分之一，且农村地区的护理服务基础设施严重不足，有钱买不到服务的困境在农村尤为突出。

（二）筹资：从“寄生”到“断奶”的漫长路

试点初期，大多数城市走的是医保基金划转的路子。这种做法有一个学术上干脆的说法——低摩擦启动，意思是几乎不需要额外的制度建设成本就能让制度跑起来。但这种寄生策略的代价现在越来越清晰：随着受益人群扩大，医保基金的压力持续上升，而医保基金本身就面临人口老龄化带来的支付压力。两个压力叠加的结果是，这种模式在长期是不可持续的。成都等城市率先试水独立缴费，2023 年人均筹资约 120 元，这是一个积极信号。但从全国来看，超过半数的试点城市仍在吃医保基金的饭。待遇方面，机构护理月均支付 1500–3000 元，居家护理在 800–1500 元，基本覆盖照护费用的 50%–70%，这个比例看似不错，但在护理成本不断上涨的背景下，保基本的定义本身就需要不断重新讨论。

（三）服务供给与就业效应

制度建立直接催生了照护服务市场的发育。护理服务机构从 2017 年的不足 2000 家增长至 2023 年的超过 10000 家，养老护理员持证上岗人数超过 30 万人，直接和间接创造就业岗位超过 200 万个。这些数字是真实的制度成果。但质量问题始终是一个软肋。养老护理员中初中及以下学历者占比超过 60%，接受过系统化培训的比例不足 30%。服务模式上，上海的“养老机构+社区护理站”、苏州的“家庭照护床位”一体化等创新都值得肯定，但这些创新的可复制性和可推广性还需要进一步验证。

（四）政策溢出效应

除了直接的制度目标，试点还产生了一些意料之外的效果。其一，医疗费用替代效应。实证研究显示，参保老人的平均住院天数和次均住院费用均有下降——这是因为护理保险减少了社会性住院，即因缺乏照护而长期滞留医院的行为。其二，家庭照护释放效应。享受护理保险待遇后，家属的照护时间明显减少，尤其是女性家属的劳动参与率有所提高。其三，一人失能、全家失衡

的极端困境发生率有所降低。这些溢出效应说明，制度的社会价值远不止于保障失能人员这一直接目标。

五、现实困境：五个结构性张力

（一）筹资：“寄生”模式的尽头已经看得见

这是最核心的张力。截至 2023 年，超过半数的试点城市仍以医保基金划转为主要或唯一的筹资来源。这种做法在制度启动时的确有效，但它的上限已经清晰可见。一方面，人口老龄化导致医保基金本身的支付压力在上升；另一方面，护理保险受益人群的扩大使得“客人”的食量越来越大。更值得担忧的是，多数城市没有做过系统的精算评估。费率应该定多少，基金什么时候会穿底，这些问题在大多数地方没有明确答案。这不是技术问题，而是制度设计的理念问题——如果连未来的财务压力都没有清晰的预判，制度的稳定性就只能建立在乐观假设之上。至于个人缴费的推进，2020 年文件说得很明确，但落实中碰到了老问题：城乡居民缴费能力有限，强制征收又可能引发社会抵触。

（二）城乡二元：制度内部的“两个世界”

这是第二个核心张力，而且它和第一个问题深度纠缠。城镇职工的月均待遇在 2000-3000 元，城乡居民只有 500-1000 元。这个差距不是小数字，它意味着同样是重度失能，一个城市居民可以买到专业护理服务，而一个农村居民可能连最基本的照料都覆盖不了。更麻烦的是，农村地区的护理服务基础设施严重短缺，即使给了钱，也买不到服务。这就形成了一个恶性循环：农村地区因为没有服务而对制度无感，制度因为无感而缺乏向农村倾斜的动力。地区差异同样严峻。东部沿海城市在筹资水平、服务供给、管理能力等方面远优于中西部城市。

（三）评估标准的碎片化

这个问题看似技术性，实际上直接关乎制度公平。各试点城市使用的评估工具五花八门：巴氏指数、自编量表、国家试行标准——同一个失能状态在不同城市可能拿到不同的待遇等级，这本身就是一个公平问题。更值得关注的是认知障碍的评估缺位。阿尔茨海默病患者是失能人口中增长最快的群体，但现有评估工具对认知功能的覆盖明显不足。

（四）服务质量：制度的最后一公里

在纸面上，护理保险已经覆盖了 1.8 亿人。但制度的最终效果取决于最后一公里：失能老人实际得到的照护质量。这一环节目前问题不少。养老护理员中初中及以下学历者占比超过 60%，系统化培训覆盖率不足 30%。这些数据背后是一个更深层的问题：护理职业的社会认可度和薪酬水平都低，难以吸引优秀人才。不解决这个根问题，培训和监管都只是治标。监管方面，居家护理尤其困难。服务发生在私密空间内，以次充好、虚假服务在部分地区时有发生，而发现成本和惩处成本都不低。智能监控设备等技术手段的推广还处于起步阶段。服务质量问题如果不能有效解决，受损的不仅是失能老人的福祉，更是公众对整个制度的信任——而信任一旦损失，重建将极为困难。

六、优化路径：从能做到应做

基于上述困境分析，本文提出六条优化路径。需要说明的是，这些建议之间存在优先级差异：立法和筹资独立是基础性的、不容绕开的硬任务，而服务质量和部门协调则是更长期的制度建设工程。

（一）先立法，后推行

德国、日本、韩国的共同经验是：先有法律，后有制度。这不是形式主义，而是因为立法能够提供三样关键东西：稳定的制度预期、清晰的权责划分、可执行的纠纷解决机制。建议全国人大常委会制定《长期护理保险法》，或至少先行出台行政法规层面的《条例》。立法需要解决两个核心问题：一是明确全国统一的底线标准——最低待遇水平、统一评估工具、基金安全规范，这些不能讨价还价；二是为地方创新预留空间，特别是在服务模式、经办方式等方面，不宜一刀切。关键是要找到统与放之间的平衡点，这个平衡点不是抽象的，而是可以通过试点经验来确定

的, 哪些参数的差异化导致了严重的不公平, 哪些参数的差异化反映了合理的地方需要, 这些都可以从现有数据中找到答案。

(二) 筹资独立: 摆脱“寄生”是第一优先级

这是所有改革中最迫切的一项。具体说, 需要做到四点。一是明确长期护理保险为独立险种, 单位和个人共同缴费, 与医保基金彻底脱钩。这是制度独立性的财政基础。二是费率设定要有精算依据。参照德国 3.05%-3.40%和日本约 1.8%-2.0%的范例, 中国可以考虑从 0.3%-0.5%起步, 但必须建立与老龄化进程挂钩的动态调整机制, 并定期向社会公开精算报告。三是中央财政要承担起兜底和再分配功能, 特别是对中西部地区和农村居民参保进行转移支付。四是拓宽筹资渠道, 包括国有资本划转、福利彩票公益金等, 但这些只是补充, 不能替代主渠道。

(三) 统一评估与强化监管

在现有《试行标准》基础上, 应参考 FIM 和 interRAI 等国际工具, 尽快完善覆盖身体功能、认知功能、精神行为和社会参与的综合评估体系, 特别是要给予认知障碍充分的评估权重。这不仅是技术问题, 也是制度公平问题。同时, 应建立第三方独立评估机制和全国统一的评估信息平台, 实现跨区域的互认互通。服务监管方面, 除了传统的许可准入和分级管理外, 需要大力推广智能监控等技术手段, 解决居家护理的监管盲区。护理人才队伍建设则是更长期的任务, 需要从薪酬、职业发展和社会认可三个维度系统发力。

(四) 城乡统筹与部门协同

城乡统筹的关键是做到一样化与差异化的平衡。一样化的是制度入口: 城乡居民必须整体纳入制度覆盖, 不能再让身份成为保障的障碍; 差异化的是待遇水平: 在全国统一最低待遇底线之上, 允许地方根据经济水平提供更高的补充保障。同时, 中央财政应设立专项转移支付, 支持中西部和农村地区的护理基础设施建设。部门协同方面, 建议在国务院层面建立长期护理保险工作联席会议制度, 明确医保部门的主管责任, 同时畅通与民政、卫健、财政等部门的常态化沟通机制。另外, 可以考虑引入商业保险公司等社会力量参与经办服务, 既分担政府压力, 也提升经办效率。但这里有一个原则: 政府始终是最终责任人, 社会化不等于甩手。

参考文献:

- [1]Campbell J C, Ikegami N, Gibson M J. Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan[J]. Health Affairs, 2010, 29(1): 87-95.
- [2]Theobald H, Husen J. Long-term care policy in Germany: Continuity and change[J]. Social Policy & Administration, 2015, 49(5): 576-593.
- [3]Nadash P, Doty P, von Schwanenflügel M. The German long-term care insurance program[J]. The Gerontologist, 2018, 58(3): 588-597.
- [4]Rhee J C, Done N, Anderson G F. Considering long-term care insurance for middle-income countries[J]. Health Policy, 2015, 119(10): 1319-1329.
- [5]郑功成. 中国社会保障改革与发展战略: 理念、目标与行动方案[M]. 北京: 人民出版社, 2016.
- [6]何文炯. 长期照护保障制度建设若干问题[J]. 中国社会保障, 2017(10): 32-34.
- [7]林闽钢. 中国社会福利发展战略: 从消极走向积极[J]. 国家行政学院学报, 2015(10): 41-46.
- [8]王延中, 龙玉其, 江翠萍. 中国长期护理保险制度筹资研究[J]. 社会保障评论, 2019, 3(1): 55-69.
- [9]杨团. 中国长期照护的政策选择[J]. 中国社会科学, 2018(11): 87-94.
- [10]赵曼, 韩丽. 长期护理保险制度的选择: 一个研究综述[J]. 中国人口科学, 2019(1): 97-106.
- [11]黄晨阳, 陈玉琢. 长期护理保险对老年人医疗服务利用的影响[J]. 人口与发展, 2021, 27(3): 88-98.
- [12]戴卫东. 中国长期护理保险制度构建研究[M]. 北京: 人民出版社, 2015.
- [13]人力资源社会保障部. 关于开展长期护理保险制度试点的指导意见[Z]. 人社厅发(2016) 80 号, 2016.
- [14]国家医保局, 财政部. 关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见[Z]. 医保发(2020) 37 号, 2020.
- [15]国务院. “十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划[Z]. 国发(2021) 35 号, 2021.
- [16]关信平. 社会政策概论[M]. 北京: 高等教育出版社, 2014.
- [17]丁建定. 社会福利思想[M]. 武汉: 华中科技大学出版社, 2017.

- [18]陈友华, 施旻妮. 中国长期护理保险制度: 试点评估与全面建制[J]. 社会保障研究, 2022(2): 3-15.
- [19]李珍, 赵青. 长期护理保险制度的国际比较与启示[J]. 江西财经大学学报, 2020(5): 50-59.
- [20]席恒, 雷晓康. 长期护理保险的理论基础与制度逻辑[J]. 社会保障评论, 2018, 2(4): 49-62.
- [21]鲁全. 德国长期护理保险制度的最新改革与启示[J]. 社会保障研究, 2023(1): 95-104.
- [22]朱铭来, 郑先平. 我国长期护理保险发展现状、问题与建议[J]. 保险研究, 2021(10): 3-14.
- [23]景军, 陈斌. 中国老年人口失能状况与照护需求[J]. 人口研究, 2020, 44(6): 3-17.
- [24]林宝. 中国长期护理保险制度的模式选择与制度设计[J]. 社会政策研究, 2021(2): 39-52.
- [25]全国老龄委. 第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查数据公报[EB/OL]. 2016.

The Effectiveness, Challenges, and Optimization Paths of China's Long-Term Care Insurance System

LI Keqiang¹, LI Zhibo^{2*}

(1. Ningbo University of Finance & Economics, Ningbo, Zhejiang 315175, China; 2. Yunnan Minzu University, Kunming, Yunnan 650504, China)

Abstract: As China undergoes deep population aging marked by rapid growth in the disabled elderly population, the steady erosion of family caregiving capacity has made long-term care a pressing social policy issue. Since 2016, China has piloted long-term care insurance (LTCI) across 49 cities, yet the transition from local pilots to a unified national system remains fraught with challenges: overdependence on medical insurance funds, urban-rural dualism, fragmented assessment standards, and weak service quality regulation. This paper traces the institutional evolution of China's LTCI, evaluates pilot outcomes across coverage, financing, service supply, and policy spillovers, and offers an in-depth analysis of the core dilemmas. We argue that the central tension lies in the compounding effect of insufficient financing independence and excessive urban-rural benefit gaps—the former threatening fiscal sustainability, the latter eroding social equity. Drawing on German, Japanese, and Korean experiences, we propose a systematic reform package centered on legislation, independent financing, and unified assessment, offering policy guidance for a nationwide LTCI system.

Keywords: long-term care insurance; population aging; pilot evaluation