

中银研究产品系列

- 《经济金融展望季报》
- 《中银调研》
- 《宏观观察》
- 《银行业观察》
- 《国际金融评论》
- 《国别/地区观察》

作者：杨娟 中国银行研究院
电话：010 - 6659 4004

签发人：陈卫东
审稿：王家强 李佩珈
联系人：刘佩忠
电话：010 - 6659 6623

* 对外公开
** 全辖传阅
*** 内参材料

我国长期护理保险：

意义、现状与建议*

习近平总书记提出，要让所有老年人都能有一个幸福美满的晚年。解决老年群体、尤其是重度失能老年群体的长期护理问题，直接关系到这一群体能否获得幸福美满的晚年生活。党的二十届三中全会通过的《中共中央关于进一步全面深化改革 推进中国式现代化的决定》提出要“健全人口发展支持和服务体系”，特别提到要“改善对孤寡、残障失能等特殊困难老年人的服务，加快建立长期护理保险制度。”建立长期护理保险制度是积极应对人口老龄化、做好养老金融大文章的重要制度安排。长期护理保险八年的试点，为建立全国统一的制度奠定了坚实的基础。鉴于当前我国存在社会基本长期护理保险筹资原则、待遇支付标准、服务方式与服务标准不统一，商业长期护理保险供给不足等方面的问题，建议发挥政府与市场的协同作用，建立以社会保险为主、普惠商业保险为补充的多层次长期护理保险制度。

我国长期护理保险：意义、现状与建议

习近平总书记提出，要让所有老年人都能有一个幸福美满的晚年。解决老年群体、尤其是重度失能老年群体的长期护理问题，直接关系到这一群体能否获得幸福美满的晚年生活。党的二十届三中全会通过的《中共中央关于进一步全面深化改革 推进中国式现代化的决定》提出要“健全人口发展支持和服务体系”，特别提到要“改善对孤寡、残障失能等特殊困难老年人的服务，加快建立长期护理保险制度。”建立长期护理保险制度是积极应对人口老龄化、做好养老金融大文章的重要制度安排。长期护理保险八年的试点，为建立全国统一的制度奠定了坚实的基础。鉴于当前我国存在社会基本长期护理保险筹资原则、待遇支付标准、服务方式与服务标准不统一，商业长期护理保险供给不足等方面的问题，建议发挥政府与市场的协同作用，建立以社会保险为主、普惠商业保险为补充的多层次长期护理保险制度。

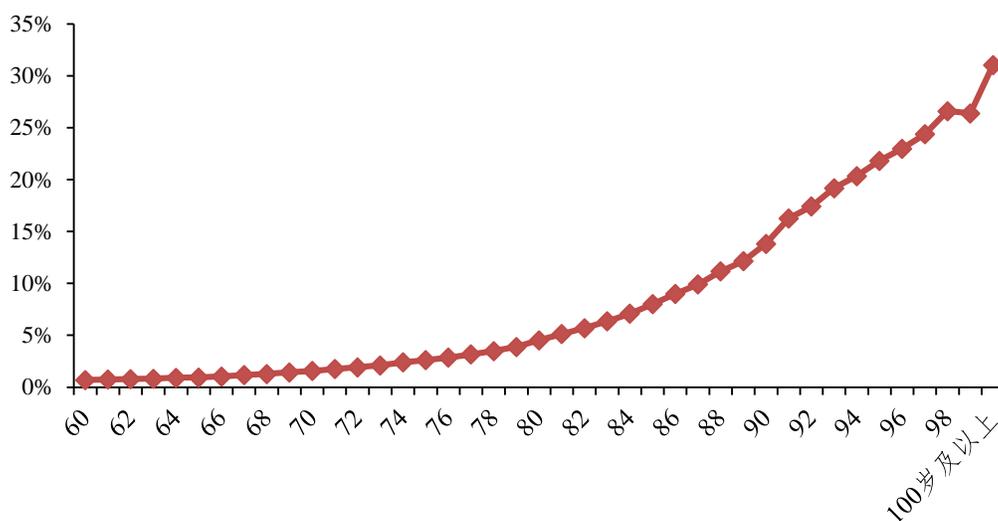
一、长期护理保险是应对人口老龄化的重要制度安排

当前我国失能老年群体规模日益庞大。全国第七次人口普查数据显示，全国生活不能自理的60岁以上失能老人总数达598118人，占60岁以上总人口的2.34%。中国老年人失能情况表现出以下三个特征：一是老年人失能率¹随着年龄的增长不断上升。2020年中国60岁老年人口失能率为0.69%、70岁为1.58%、80岁为4.53%、90岁为14.21%、100岁以上则高达31.05%（图1）。二是老年人失能率表现出显著的城乡差异。2020年，中国乡村老年人的失能率高于城市，但是这种差异随着年龄增长有所逆转。60岁以上老年人失能率乡村比城市高0.48个百分点，比镇高0.23个百分点；90岁以上老年人失能率乡村比城市低1.01个百分点，比镇低0.33个百分点（表1）。三是老年人失能率表现出显著的省区差异。2020年，中国60岁以上老年人失能率最高的省份与最低的省份相比，相差2.84个百分点（图2）。当然，随着适老化环境改造、医疗条件改善、社会保障制度完善等方面的社会发展，我国老年人的失能率持续下降。根据全国人口普查与1%人口抽样调查数据计算可知，2010年、2015年、2020

1 老年人失能率=生活不能自理老年人数量/相应年龄老年人口数量。

年中国 60 岁以上老年人口失能率分别为 2.95%、2.60%和 2.34%，十年来下降了 0.61 个百分点。但是，由于我国人口老龄化速度过快，失能老年群体的规模仍在不断增长。2000 年，中国 65 岁及以上人口占总人口的比例达到 7%，2021 年该比例已达 14.2%，中国从进行老龄化社会到进入深度老龄化社会仅用了 21 年的时间，2023 年，全国 65 岁及以上人口占全国总人口的比例已高达 15.4%（图 3）。与高速老龄化相伴的是失能老年人口数量的增长，从 2010 年到 2020 年，全国 60 岁以上失能老年数量增长了 14.97%。可以预期，中国失能老年人口规模还将随着老龄化的加速而持续扩大。

图 1：2020 年中国老年人失能率随年龄变化情况



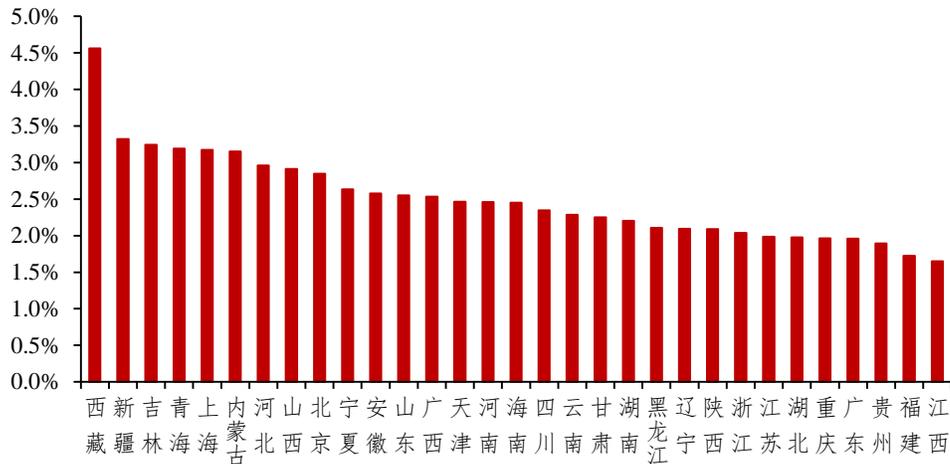
资料来源：国家统计局，中国银行研究院

表 1：2020 年全国分年龄段分城乡老年人口失能率情况

	60-64 岁	65-69 岁	70-74 岁	75-79 岁	80-84 岁	85-89 岁	90-94 岁	95-99 岁	100 岁及以上
城市	0.60%	0.88%	1.57%	2.85%	5.42%	9.88%	17.11%	24.82%	35.30%
镇	0.82%	1.19%	1.94%	3.18%	5.72%	9.61%	15.85%	22.83%	29.65%
乡村	0.96%	1.35%	2.13%	3.34%	5.77%	9.52%	16.24%	22.91%	29.22%

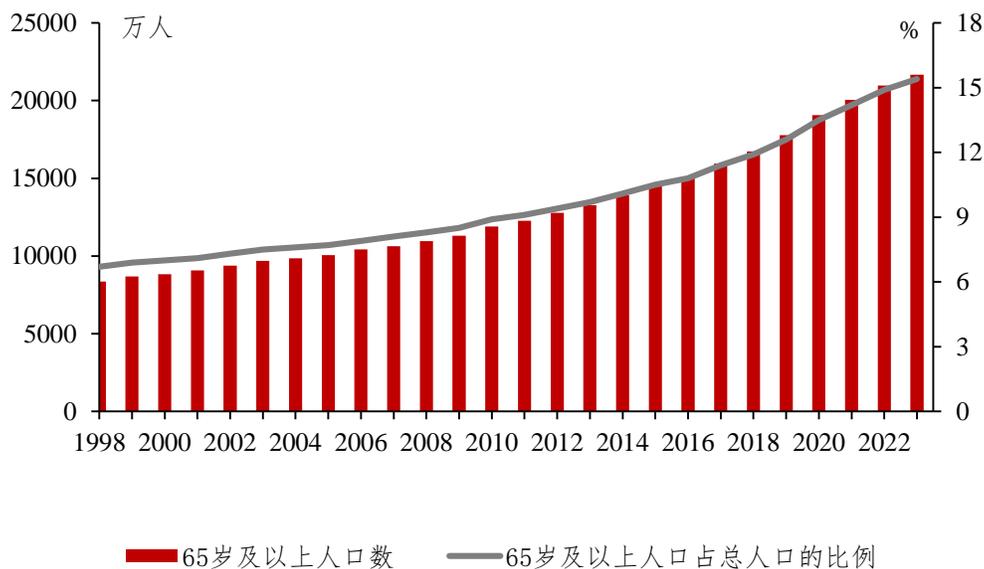
资料来源：国家统计局，中国银行研究院

图 2：2020 年分省份老年人失能率情况



资料来源：国家统计局，中国银行研究院

图 3：中国老龄人口变化情况

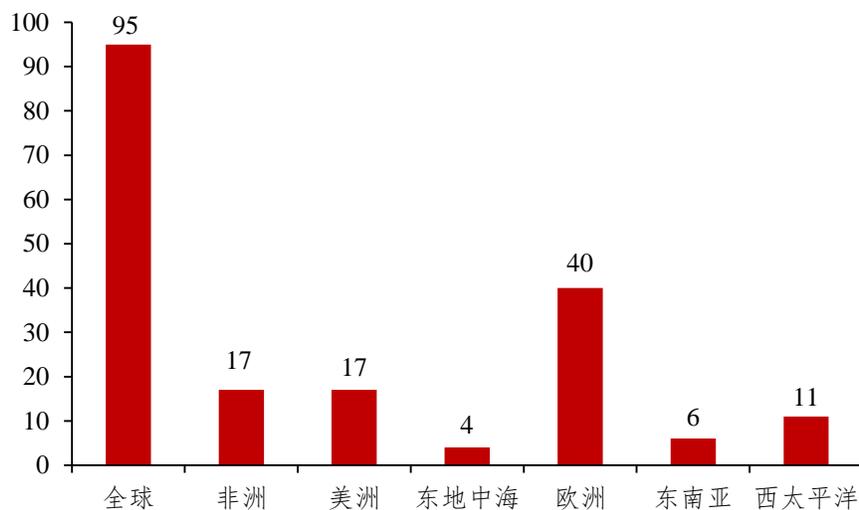


资料来源：国家统计局，中国银行研究院

长期护理是失能老人的刚性需求。失能人员的长期护理可以由家庭成员提供，也可以由正式的护理机构提供。前者会影响失能人员家庭中提供护理成员的劳动力市场参与，进而影响失能人员家庭收入增长；后者则会给失能人员或其家庭造成较大的经济负担。随着我国人口日益呈现老龄化、少子化趋势，由家庭成员提供护理日益难以

满足我国失能老年群体的长期护理需求，失能老年群体对长期护理服务的购买需求不断提升。长期护理已成为国家基本养老服务供给的重要组成部分，为经认定生活不能自理的经济困难老年人提供护理补贴、对于符合条件的失能老年人家庭成员参加照护培训等相关职业技能培训的按规定给予职业培训补贴等已列入国家基本养老服务清单。但是，上述护理补贴的授予对象主要是经济困难失能老年群体，要缓解所有中重度失能群体的长期护理需求压力，还需要更广泛的社会制度安排。

图 4：2023 年全球确定实施长期护理支持政策的国家数量



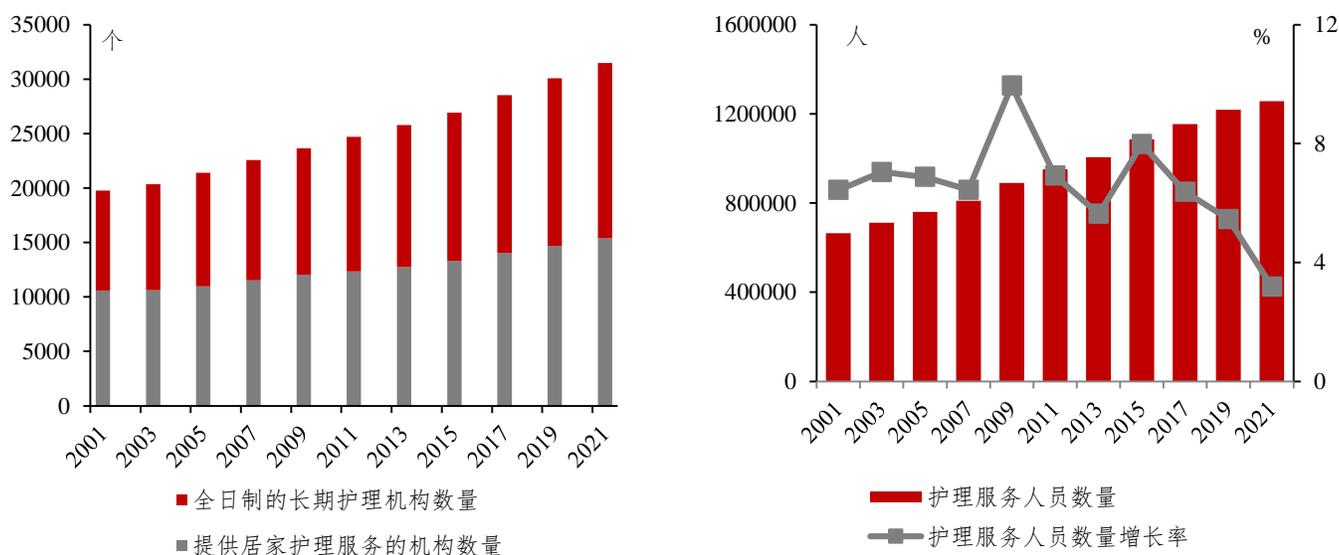
资料来源：WHO，中国银行研究院

随着本国人口老龄化程度的加深，世界已经有近一半的国家实施长期护理相关支持政策（图 4）。OECD 的调查报告显示，社会福利、社会保险、社会救助是各国支持长期护理的三种常见政策模式²。其中，社会福利模式的资金来源于政府，具有广覆盖特征，英国、法国、意大利、比利时、西班牙、爱尔兰、捷克共和国、芬兰、斯洛文尼亚、斯洛伐克、立陶宛、拉脱维亚、奥地利、冰岛、瑞典等多个欧洲国家以社会福利模式支持长期护理服务；社会保险模式需要政府、企业、个人等多方筹资，具有强制性和普惠性，日本、德国、以色列、韩国、卢森堡、荷兰、新加坡等国建立了以社

² Tiago Cravo Oliveira Hashiguchii and Ana Llena-Nozal, 2020, The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs? OECD Health Working Papers No.117, <https://doi.org/10.1787/2592f06e-en>.

会保险形式为主的长期护理保险制度；社会救助模式仅针对低收入群体提供相应补贴，覆盖面较小，美国、匈牙利、克罗地亚、爱沙尼亚等国以社会救助模式支持长期护理服务。日德等国的实践表明，建立长期护理保险制度能够有力地促进护理服务机构与护理服务从业人员的发展。例如，德国于1995年开始推行长期护理保险制度，此后提供各类护理服务的机构数量均实现稳定增长，其中，提供居家护理服务的机构数量从2001年的10594家增长到2021年的15376家，全日制的长期护理服务机构数量也从2001年的9165家增长到2021年的16115家；与此同时，两类机构提供护理服务的人员总量也从2001年的66.49万人增长到2021年的125.69万人（图5）。

图5：2001-2021年德国长期护理服务机构及服务人员情况



资料来源：德国联邦卫生部，中国银行研究院

二、我国长期护理保险试点取得重要成绩

为了应对人口老龄化、保障失能人员基本生活权益、推动探索建立长期护理保险制度，2016年6月，人力资源和社会保障部印发了《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》，提出按照“以人为本、基本保障、责任共担、因地制宜、机制创新、统筹协调”的基本原则在35个城市开展长期护理保险试点，其中吉林省和山东省是重点试点省份，分别有6个城市和12个城市开展试点。此后，各试点城市在制度框架、

政策标准、运行机制、管理办法等方面对长期护理保险进行了有益探索。为贯彻落实党中央、国务院关于扩大长期护理保险制度试点的决策部署，2020年9月，国家医疗保障局会同财政部印发《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》，提出按照“以人为本、独立运行、保障基本、责任共担、机制创新、统筹协调”³的基本原则深入开展长期护理保险制度试点，并增加了14个长期护理保险试点城市，提出“力争在‘十四五’期间，基本形成适应我国经济发展水平和老龄化发展趋势的长期护理保险制度政策框架，推动建立健全满足群众多元需求的多层次长期护理保障制度”的目标。截至目前，除海南、西藏、青海、宁夏等少数省区外，全国共有27个省/自治区/直辖市（含新疆生产建设兵团）合计49个城市开展了长期护理保险试点。几年来的试点取得了显著的成绩，为建立全国统一规范的长期护理保险制度安排奠定了基础。

（一）制度覆盖人员数量稳增

根据各地的实际情况，部分试点城市的长期护理保险优先覆盖城镇职工，再逐步覆盖城乡居民。截至2024年7月底，除承德市、珲春市、齐齐哈尔市、安庆市、重庆市外，其余30个第一批试点城市长期护理保险均已同时覆盖城镇职工与城乡居民⁴；除北京石景山区、呼和浩特市、开封市、黔西南布依族苗族自治州和乌鲁木齐市外，其余9个第二批试点城市的长期护理保险仍仅覆盖城镇职工（表2）。由于各试点城市普遍规定，“社会医疗保险参保人应同步参加职工或居民护理保险”，可以说，对于社会医疗保险参保人员而言，长期护理保险是强制性社会保险，这种强制性对长期护理保险覆盖人员数量增长起到重要作用。随着覆盖人员范围增大，试点城市长期护理保险参保人数与享受待遇人数逐年上涨。2022年试点城市长期护理保险参保人数和享受待遇人数分别比2021年增长17.49%和11.13%。《2023年全国医疗保障事业发展统计公报》显示，2023年49个试点城市参加长期护理保险人数18330.87万人，享受待遇人数134.29万人（图6）。可以预期，随着试点城市的长期护理保险不断覆盖城

3 2020年指导意见取消了“坚持因地制宜”这一原则，说明经过四年的试点已经摸索出全国较为统一的长期护理保险制度模式，加入“坚持独立运行”这一原则，说明长期护理保险制度是独立于基本医疗保险的社会保险制度，至此，长期护理保险成为继养老、医疗、失业、工伤、生育之后的第六种基本社会保险。

4 山东省淄博市、枣庄市、烟台市、潍坊市、泰安市、威海市、日照市、菏泽市等城市以及黔西南布依族苗族自治州的居民长期护理保险仅在部分区县试点，尚未实现全覆盖。

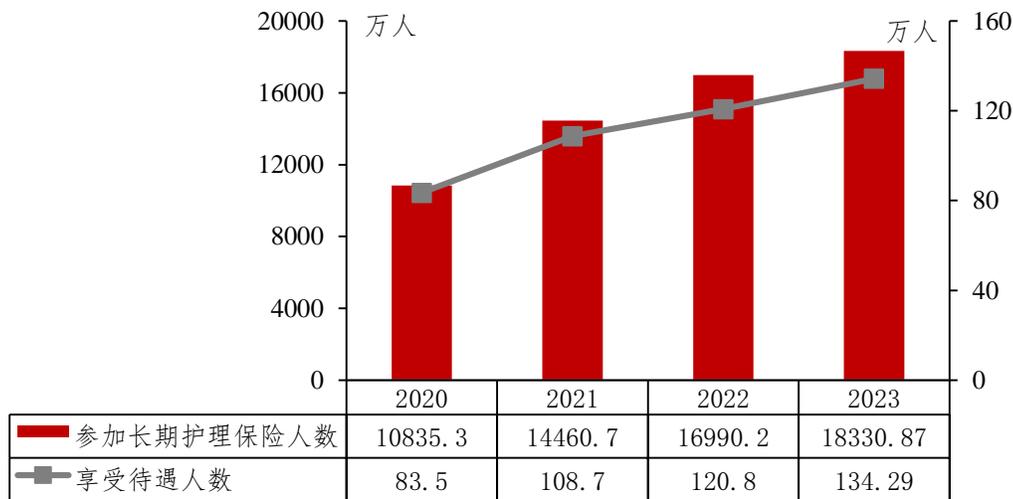
乡居民，参保人数和享受待遇人数还将逐年上涨。

表 2：我国各试点城市长期护理保险的覆盖人员范围

覆盖范围	试点城市
参加职工基本医疗保险的人员	承德市、珲春市、齐齐哈尔市、安庆市、重庆市、天津市、晋城市、盘锦市、福州市、湘潭市、南宁市、昆明市、汉中市、甘南藏族自治州
参加职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的人员	长春市、吉林市、通化市、松原市、梅河口市、上海市、苏州市、南通市、宁波市、上饶市、济南市、青岛市、淄博市、枣庄市、东营市、烟台市、潍坊市、济宁市、泰安市、威海市、日照市、临沂市、德州市、聊城市、滨州市、菏泽市、荆门市、广州市、成都市、石河子市、北京石景山区、呼和浩特市、开封市、黔西南布依族苗族自治州、乌鲁木齐市

资料来源：根据各地政策整理，中国银行研究院

图 6：2020-2023 年我国长期护理保险试点情况



资料来源：国家医疗保障局，中国银行研究院

（二）形成较为成熟的制度运作模式

长期护理服务可以采用公共财政资金支持、保险制度安排、或个人筹资开展等多种形式。我国支持长期护理服务的制度安排主要依托现收现付的社会保险模式。这种制度模式需要明确资金筹集与待遇支付原则，做好运营管理，经过几年的试点，我国已经摸索出相对成熟的制度模式。

表 3：我国部分试点城市长期护理保险资金筹集与待遇支付政策汇总

省份	试点城市	覆盖对象	筹资渠道					享受待遇条件			服务方式	
			单位缴费	个人缴费	财政补助	医保基金	福彩公益金	重度失能	中度失能	轻度失能	机构护理	居家护理
河北省	承德市	职工	0.1%	0.1%				√			√	√
		居民		10	5	20						
吉林省	长春市	职工	0.1%	0.1%		启动基金		√	√	部分高龄	√	√
		居民	10	2								
	吉林市、通化市、松原市、梅河口市	职工	0.075%	0.075%				√			√	
		居民	10	2								
上海市	上海市	职工				√	60周岁及以上			√	√	
		居民										
江苏省	南通市	职工		30	40	30		√	√		√	√
		居民										
浙江省	宁波市	职工	45	45				√			√	√
		居民		30	60							
山东省	济南市	职工			5	100	10	√	√		√	√
		居民			20	20						
	青岛市	职工	0.3%	0.2%	30			√	√		√	√
		居民		10	50							
	烟台市	职工		30	5	60	5	√	√		√	√
		居民			√	√		√				
滨州市	职工	0.2%	0.1%	√		√	√	√		√	√	
	居民		10	5	15		√					
广东省	广州市	职工	0.15%	分年龄				√			√	√
		居民		0.15%	0.15%							
北京市	石景山区	职工	90	90				√			√	√
		居民		90	90							
内蒙古自治区	呼和浩特市	职工	0.2%	0.2%	10			√	√		√	√
		居民		10	10	50						
广西壮族自治区	南宁市	职工	0.15%	0.15%				√			√	√
贵州省	黔西南布依族苗族自治州	职工	35	35				√			√	√
		居民		√	√							
新疆维吾尔自治区	乌鲁木齐市	职工	0.10%	0.10%				√			√	√
		居民		40	20							

资料来源：根据各地政策整理⁵，中国银行研究院

5 少数城市按年调整的缴费标准信息未更新入表，收集整理资料信息截至2024年7月底；筹资渠道中的√代表有此项安排，但未查到明确的人均标准；除另有标注外，表格中数值的单位是元。

一是已经形成可行的资金筹集与待遇支付原则。在资金筹集环节，长期护理保险可以从单位缴费、个人缴费、财政补助、医保基金、福彩公益金、社会捐赠等渠道筹集资金。目前各试点普遍规定了单位与个人的缴费标准，规定长期护理保险不设立个人账户，各渠道所筹集的资金均进入统筹账户。同时，出于不增加单位负担的考量，各试点城市基本规定单位缴费从单位缴纳的职工基本医疗保险费或职工基本医疗保险统筹基金中划出，职工个人缴费则一般由职工基本医疗保险个人账户代扣代缴，而居民的长期护理保险基金则主要通过个人缴费和财政补助或居民医保统筹基金划转。在待遇支付环节，各试点城市的长期护理保险均能够覆盖重度失能老人，绝大多数试点城市的长期护理保险能够同时支持机构护理和居家护理模式⁶（表3）。

二是已经摸索出较为统一的运营管理模式。目前，各试点城市长期护理保险的基金核算、失能评估、经办管理等环节的运作模式基本一致。一是长期护理保险基金基本实行市级统筹，单独建账、独立核算、专款专用。二是普遍委托第三方机构进行失能评估认定，失能等级评估标准与评估流程统一规范。三是普遍以商业保险机构作为长期护理保险的委托经办机构，规定了经办机构的服务机制。四是普遍明确了定点服务机构的管理原则，基本由经办机构严格按照准入条件、确定准入的定点服务机构、做好定点服务机构管理。同时，各试点城市普遍对获得资格的委托经办机构、定点服务机构与获取待遇资格的受益人基本信息进行公示，加强全民监督。

（三）形成全国统一的实施标准与规范

一是形成全国统一的失能等级评估规范。因为科学的失能等级评估标准与合理的评估流程是开展受益人资格认定工作的前提条件，各试点城市在建立长期护理保险制度之初，就摸索制定了本地的失能等级评估标准与评估管理办法。2021年7月，在总结地方经验基础上，从待遇均衡性、制度公平性方面考虑，国家医保局会同民政部制定印发《长期护理失能等级评估标准（试行）》，要求试点城市统一评估标准，按照3个一级指标、17个二级指标，对评估对象日常生活活动、认知、感知觉与沟通等方

6 除吉林市、通化市、松原市、梅河口市、琿春市等五个吉林省的试点城市的长期护理保险仅支持机构护理（含医疗机构和养老护理机构）外，其余44个试点城市的长期护理保险均能够同时支持机构护理和居家护理模式。

面的能力丧失程度进行分级评估，并允许根据试点实际情况对《评估标准（试行）》进行细化完善。2023年12月，国家医保局会同财政部制定印发《长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）》，明确对长期护理保险失能等级评估机构实行定点管理，并从定点评估机构、评估人员、评估流程、相关评估情形、评估监督管理等方面对失能等级评估管理工作提出统一要求。2024年4月，国家医保局制定印发《长期护理保险失能等级评估机构定点管理办法（试行）》，对定点评估机构确定、运行管理、监督管理等方面的工作提出具体要求。上述全国统一的失能等级评估标准、等级评估管理办法与等级评估机构定点管理办法等制度文件的实施，为在全国全面开展长期护理保险受益人资格认定工作打好了政策基础。

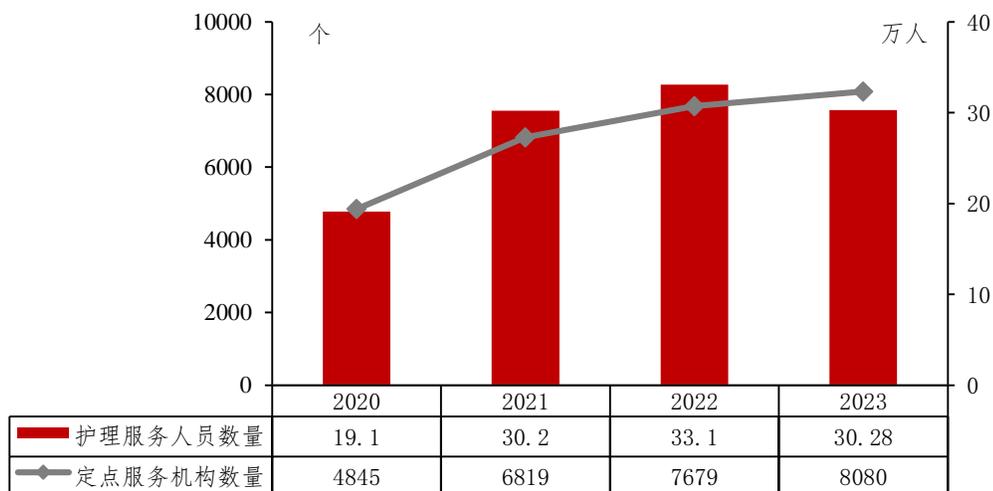
二是形成全国统一的长期护理服务实施的环境标准。长期护理服务要么在医疗机构或养老机构实施，要么在失能人员所在家庭实施。比较而言，我国医疗机构的各类标准比较成熟，但一直缺乏养老机构与居家护理的环境标准。2024年7月底，民政部在官网上发布了《养老机构设施设备配置》《养老机构服务安全风险评估指南》《老年人居家环境适老化改造服务机构基本规范》《老年人居家环境适老化改造通用要求》《居家与养老机构适老产品配置要求》等全国性的民政行业标准，上述标准已于8月1日开始实施。上述标准的制定与实施，统一了全国长期护理服务的实施环境标准，有助于长期护理服务实施的规范化。

（四）提高了商业机构提供护理服务的能力

一是长期护理保险试点提高了护理服务的提供能力。长期护理保险提高了失能人员对护理服务的购买能力，从需求侧促进了护理服务机构与护理服务从业人员的发展。全国长期护理保险定点服务机构数量从2020年的4845家增长到2023年的8080家，年均增长19.53%；与此同时，长期护理服务人员的数量也从2020年的19.1万人增长到2023年的30.28万人，年均增长19.73%（图7）。需要指出的是，各试点城市普遍要求定点服务机构不仅需要提供各类长期护理服务，还应提供失能人员的健康服务管理、从业人员的培训指导、监督与管理等工作。因此，随着长期护理保险制度的建立与完善，定点服务机构数量将不断增长，被培训的长期护理服务从业人员数量将不断

增长，护理机构能够提供的长期护理服务将不断丰富。

图 7：2020-2023 年中国长期护理定点服务机构及服务人员情况



资料来源：国家医疗保障局，中国银行研究院

二是长期护理保险试点提高了保险公司提供长期护理保险服务的能力。各试点城市普遍将商业保险机构作为委托经办机构，负责长期护理保险的政策宣传、组织评定、技能培训、协议管理、费用审核、待遇支付、服务监管等经办环节的相关业务。2021年5月，中国银保监会发布了《关于规范保险公司参与长期护理保险制度试点服务的通知》，对保险公司专业服务能力、项目投标管理、经营风险管控、信息系统建设、护理机构管理等方面提出明确要求，要求保险公司全面做好长期护理保险制度试点服务工作。以商业保险机构作为委托经办机构，一方面，可以发挥商业保险经办长期护理保险服务的机制优势、技术优势、服务优势和成本效率优势，降低长期护理保险的经办费用；另一方面使得商业保险机构通过经办服务获取参保人员、护理机构、保险索赔管理等方面的信息，为商业保险机构进行精算设计提供商业长期护理保险产品打下基础。

三、长期护理保险制度建设存在的问题

（一）筹资水平低且筹资原则与待遇支付标准不统一

在筹资方面，由于试点的长期护理保险与基本医疗保险紧密结合，长期护理保险

基金很大程度上来源于医保统筹基金或财政补贴，考虑到制度的可持续性，多数试点城市长期护理保险的筹资标准较低。同时，由于职工基本医疗保险与居民基本医疗保险的资金筹集规则不同、基金分别独立运行，因此，除上海市与南通市等少数试点城市外，其他各试点城市长期护理保险制度针对职工和居民的资金筹集原则（缴费来源、缴费水平、缴费方法等）有一定的差异。同时，针对同一覆盖人群，不同试点城市的筹资原则亦有差异，尤其是城镇职工缴费原则的地区差异较大，定额制与比例制均有广泛的实践。

在待遇支付方面，49个试点城市的长期护理保险均能够覆盖重度失能群体，20个试点城市能够覆盖全部或部分中度失能群体。同时，部分城市的长期护理保险在一定程度上向老年群体倾斜，例如，上海市的长期护理保险仅支持60周岁及以上的老年中重度失能群体，长春市的长期护理保险能够支持85周岁以上90周岁以下轻度失能群体。还需要注意的是，职工与居民长期护理保险筹资原则与筹资标准的差异在一定程度上导致部分城市职工和居民长期护理保险的待遇支付标准也有一定的差异。例如，烟台市、威海市、临沂市、聊城市、滨州市、菏泽市等多个山东省试点城市的职工长期护理保险能够覆盖部分中度失能群体，但居民长期护理保险仅能覆盖重度失能群体；又如，承德市、吉林省各试点城市、青岛市、淄博市、枣庄市、东营市、广州市、乌鲁木齐市等试点城市针对职工和居民规定了不同的长期护理保险待遇标准。

（二）服务方式与服务标准不统一

在长期护理保险所支持的服务方式上，各试点城市的政策表述还有一定的差异。例如，承德市将服务方式分为入住护理服务、居家基础护理服务与居家补充护理服务，齐齐哈尔市将服务方式分为医养护理服务机构护理、养老护理服务机构护理与居家护理，上海市将服务方式分为居家上门照护、社工日间照护与养老机构照护，山东省将服务方式分为医疗专护、机构护理与居家护理。从居民护理服务的支持政策看，多数试点城市能够对定点服务机构上门提供护理服务提供一定的资金支持，汉中市、上饶市等少数试点城市对由失能人员配偶、子女、亲属等进行自主照料护理提供小额补贴。

在服务标准上，为保证长期护理保险服务质量，部分试点城市在总结长期护理服务实践的基础上探索制定了相应的护理服务管理办法。例如，2020年12月上海市印发了《上海市长期护理保险社区居家和养老机构护理服务规程（试行）》；2021年4月呼和浩特市印发了《呼和浩特市长期护理保险服务项目和标准（试行）》；2023年9月吉林省印发了《吉林省长期护理保险服务标准与规范（2023版）》，2023年12月广州市印发了《广州市长期护理保险服务管理规定》，2024年2月长春市印发了《长春市失能人员医疗照护保险居家照护服务实施意见》。比较分析发现，各试点城市长期护理保险所支持的护理项目与服务标准还有一定的差异。例如，呼和浩特市长期护理保险服务项目由21项基本生活照料项目、13项非治疗项目和5项刚需的特需护理组成，济南市长期护理保险服务项目由29项基础护理项目、24项照护项目和1项辅具租赁项目组成。要实施全国统一的长期护理制度安排，亟需对长期护理保险机构护理服务与居家护理服务的服务对象、服务项目、待遇标准、服务流程等方面做出统一规定。

（三）商业长期护理保险供给不足

随着老龄化程度的加深，失能老年群体对长期护理服务的需求量不断增长，需求的多样性也不断增强，仅依靠社会保险制度安排难以满足失能老年群体的多样化长期护理服务需求。各级政府一直出台相关政策鼓励保险公司开发商业长期护理保险产品，2016年人力资源社会保障部发布的《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》即提出，鼓励商业保险公司开发适销对路的保险产品和服务，发展与长期护理社会保险相衔接的商业护理保险，满足多样化、多层次的长期护理保障需求；2020年中国银保监会等13个部委联合发布的《关于促进社会服务领域商业保险发展的意见》要求，加快发展商业长期护理保险；2024年8月3日发布的《国务院关于促进服务消费高质量发展的意见》再次提出，推动商业健康保险与健康管理的深度融合，丰富商业长期护理保险供给。然而，我国目前在售的商业长期护理保险产品数量仍然有限，中国保险行业协会的信息显示，截至2024年8月9日，在售的长期护理保险产品共计107个，仅占在售的全部健康保险产品数量的2.25%。长期来看，丰富商业长期护理保险供给是

建立失能人员长期护理补充保障机制的必然选择。

四、建立多层次长期护理保险制度的建议

目前，试点城市的长期护理保险基金很大程度上来源于医保统筹基金或财政补贴，但独立运营的长期护理保险必须具有长期的财务可持续性，因此，要确保全国统一的长期护理保险制定有稳定的筹资来源与可控的待遇支付。换言之，以社会保险模式在全国建立统一的长期护理保险制度所规定的筹资标准不能太高，对失能人员所提供的护理服务保障水平也必然有限。为了满足大规模失能老年群体的长期护理服务需求，需要发挥市场的协同作用，以商业普惠保险模式构建长期护理保险补充保障机制。在这个过程中，还应建立长期护理保险与养老、医疗等社会保障体系的衔接机制，以为长期护理保险提供稳定的筹资来源。

（一）以社会保险制度作为失能人员长期护理的兜底机制

我国要建立的长期护理保险制度首先应是以社会保险模式运作的制度。综合当前的试点实践，建设全国统一的长期护理保险兜底保障机制还应注意以下方面：

一是建立全国统一的筹资原则与待遇支付标准。从当前试点看，福彩公益金仅是少数省市长期护理保险的筹资来源，不具有普遍性，全国统一的长期护理保险制度安排需要明确企业、个人、财政与医保基金的筹资比例。而且，要实现长期护理保险基金的独立运营，企业和个人缴费应是最主要的资金来源。由于中国企业的社保缴费负担较重，为了不增加企业负担，就需要在政策中明确企业缴纳的医保缴费纳入长期护理保险基金的比例。从待遇公平的角度，应对职工与居民实行相对统一的标准，这就要求居民长期护理保险的筹资水平与职工基本一致。宁波市、荆门市与呼和浩特市等的试点实践证明了这一点，这也体现了现收现付模式的长期护理保险制度以收定支的原则。

二是探索制定全国统一的长期护理保险服务项目与服务规范。全国统一的长期护理保险制度一方面应统一规范护理服务方式的类别；另一方面，由于我国绝大部分失能人员是居家护理的，居家护理服务应纳入长期护理保险支持的服务范畴。进一步，

还应出台全国统一的长期护理服务项目清单，明确各项项目的服务标准，对定点服务机构与服务人员的服务流程提出统一要求。

三是在参照全国统一标准的基础上，赋予地方结合本地实际适当调整的空间。从短期看，全国统一的长期护理保险是市级统筹，较低的统筹层次决定了长期护理保险政策在执行中需要有一定的地方差异。首先，这种差异将体现在覆盖对象上，对于尚未进行长期护理保险实践的城市，应允许各城市根据自身情况确定是否将居民纳入长期护理保险制度范围。长期来看，必将建立覆盖全国职工与全体城乡居民的长期护理保险制度，但需要经历先建制度后扩面的过程。其次，这种差异将体现在筹资水平与待遇标准上，因各地经济水平、收入水平以及失能率不同，企业和个人缴费水平与受益人所获得的待遇支付水平也将不同；最后，这种差异将体现在保障范围上，在保障重度失能老人长期护理服务需求的基础上，是否将中度失能群体纳入保障范围应由各地根据实际情况确定，同时允许各地在提供不少于全国统一的长期护理保险服务项目的基础上自主补充服务项目。

（二）以商业普惠保险作为失能人员长期护理的有益补充

失能人员长期护理的保障机制应具有覆盖面广、保障性强、费率低、长期可持续的特征，这与普惠保险“可及性、可负担性、保障性、可持续性”的四性要求⁷一致。长期来看，实施由政府发起、保险公司运营的城市定制型普惠商业长期护理保险，是建立失能人员长期护理补充保障机制的努力方向。

从供给侧看，需要提高保险公司对长期护理保险的精算能力。在人身险方面，当前典型的普惠保险产品是“惠民保”，作为短期普惠商业医疗保险产品，部分城市的“惠民保”尚且面临基础医疗数据不足、商业保险公司无法精准定价的难题，而要实施具有普惠特征并具备非短期特征的长期护理保险对保险公司精算能力的考验更是巨大的。当然，当前试点城市长期护理保险的委托经办安排能够为参与经办业务的保险

⁷ 2024年5月29日，国家金融监督管理总局发布《关于推进普惠保险高质量发展的指导意见》，提出高质量发展普惠保险的“四个坚持”基本原则：“坚持广泛覆盖，提升保险服务的可及性；坚持惠民利民，提升保险服务可负担性；坚持公平诚信，提升保险产品的保障属性；坚持稳健运行，提升保险经营的可持续性”。

公司提供精算所需的部分数据信息。2024年5月，国家金融监管总局发布的《关于推进普惠保险高质量发展的指导意见》也提出，依法合规推进行业数据与卫生健康、人力资源社会保障、民政等部门及相关机构的信息共享，拓展普惠保险相关数据来源。未来，大型寿险公司应充分发挥精算数据与精算人才优势，探索提供普惠商业长期护理保险产品。

从需求侧看，需要增强潜在失能群体的缴费能力与缴费意愿。不同于当前试点的长期护理保险所具有的多渠道筹资来源，普惠商业长期护理保险的资金来源主要是个人缴费。如何在适当控制个人的缴费负担的基础上维持一定水平的长期护理服务，将是开展普惠商业长期护理保险面临的难题。2023年4月，中国银保监会发布《关于开展人寿保险与长期护理保险责任转换业务试点的通知》，要求人身保险公司根据投保人自愿提出的申请，将处于有效状态的人寿保险保单中的身故或满期给付等责任，通过科学合理的责任转换方法转换为护理给付责任。一方面，此类责任转换业务的普遍实施必将增强购买人寿保险群体的长期护理保障能力，另一方面，此通知也开创了人寿保险与健康保险（含护理保险）联动的先河。要解决普惠商业长期护理保险的缴费难题，需要系统的制度设计，联动基本医疗保险体系、多支柱养老金体系与长期护理保险体系是一种可能的选择。

（三）建立长期护理保险与其他社会保障体系的衔接机制

一是建立基本医疗保险个人账户为本人及家庭成员支付长期护理保险费的共济机制。当前，部分城市已经开始尝试建立基本医疗保险个人账户的家庭共济机制。例如，北京于2021年开始探索城镇职工基本医疗保险个人账户结余资金用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女参加本市城乡居民基本医疗保险和长期护理保险的个人缴费；苏州市于2023年开始允许城镇职工基本医疗保险个人账户结余资金用于缴纳家庭成员参加城乡居民医保的个人缴费部分，以及购买本省及设区市政府指导的、与基本医疗保险相衔接的商业医疗保险产品。全国统一的长期护理保险制度可以要求，各地在条件成熟的情况下，建立基本医疗保险个人账户结余资金用于支付本人和家庭成员长期护理保险费，从而为长期护理保险个人缴费提供长期稳定的资金来源。

二是建立多支柱养老金体系与长期护理保险业务的衔接机制，即允许第二支柱与第三支柱所积累的个人账户养老金免税购买长期护理保险产品。这样的制度安排不仅可以为长期护理保险提供长期稳定的资金来源，还可以提高第二、三支柱养老金的规划使用效率，进而提高个人参与第二、三支柱养老金体系的意愿。我国于上世纪90年代开始推行基本养老保险制度，于2004年和2015年分别开始推行企业年金和职业年金制度，于2022年开始试点推行个人养老金制度，应该说，三支柱养老金体系框架在我国已基本形成。人力资源和社会保障部的数据显示，截至2024年6月底，由城镇职工基本养老保险与城乡居民养老保险所构成的第一支柱养老金体系的参保人数已达107087万人，实现了制度覆盖人人的目标。但是，第二支柱与第三支柱的参保人数仍然不足。第二支柱与第三支柱养老金均是自愿性的制度安排，通过EET的延期纳税安排鼓励个人进行养老金积累。将长期护理产品纳入企业年金、职业年金与个人养老金账户资金可免税购买的产品范畴，一方面可以引导公众加强第二、三支柱养老金的规划使用，另一方面，可以通过进一步的税收优惠激励人们参与第二、三支柱养老金积累。2024年7月，金融监管总局河北监管局发布的《关于银行业保险业做好养老金融大文章的通知》提出，要依法合规发展衔接企业年金、职业年金的商业补充养老保险和医疗保险等业务。这一衔接要求在河北省的先行先试将为全国提供示范，未来，随着长期护理保险产品的丰富，允许第二支柱与第三支柱所积累的个人账户养老金免税购买长期护理保险产品将是可行的政策要求。

