

央地视角下长期护理保险政策比较研究

彭天娇^{1,2*} 张韦^{1,2} 朱成燕^{1,2} 姚岚^{1,2}

1. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

2. 国家医保研究院华科基地 湖北武汉 430030

【摘要】目的:对比中央层面与49个国家试点城市长期护理保险政策的差异,为制度全面推行提供决策依据。方法:基于构建的长期护理保险政策分析框架,采用内容分析法,对15份中央政策文本及228份试点城市政策文本开展系统性比较,并辅以官方新闻报道作为补充材料。结果:各试点地区已基本完成核心制度建设,但在城乡居民覆盖、筹资渠道独立性、服务目录对应、专业照护人员供给及信息化技术应用等方面,与中央层面政策要求尚存显著差距。结论:建议各试点城市立足实际,稳步推进制度转型,逐步扩大参保对象覆盖范围,细化待遇给付的内容和标准,通过战略性支付整合存量照护资源,引领区域信息化建设,为制度统一规范推进奠定基础。

【关键词】长期护理保险;失能人群;筹资机制;失能评估

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2026.01.002

A comparative study on long-term care insurance policies from the central-local government perspective

PENG Tian-jiao^{1,2}, ZHANG Wei^{1,2}, ZHU Cheng-yan^{1,2}, YAO Lan^{1,2}

1. School of Health Management, Tongji Medical College of Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China

2. HUST Base of National Institute of Healthcare Security, Wuhan Hubei 430030, China

【Abstract】 Objective: To compare the differences in policy content between the central-level long-term care insurance (LTCI) policies and those of 49 national pilot cities, providing reference for the comprehensive implementation of the system. Methods: Based on the constructed long-term care insurance policy analysis framework, a content analysis method was adopted to compare 15 central policy documents and 228 local policy documents, supplemented by official news reports. Results: The pilot regions have largely completed the core institutional development, but gaps remain compared to central requirements in areas such as coverage of urban and rural residents, independence of funding channels, alignment of service catalogs, supply of care personnel, and application of information technology. Conclusions: It is recommended that pilot cities proceed steadily with institutional transformation based on local conditions, gradually expand the scope of insured persons, refine the standards for benefit content, leverage strategic purchasing to integrate existing resources, take the lead in regional information technology construction, so as to lay a solid foundation for the unified and standardized advancement of the LTCI system.

【Key words】 Long-term care insurance; Disabled population; Financing mechanism; Disability assessment

1 引言

《2024年度国家老龄事业发展公报》显示,截至

2024年末,我国60周岁及以上人口占比22.0%,65周岁及以上人口占比15.6%,按照国际标准,我国已进入中度老龄化社会。这不仅对家庭照护能力构成

* 基金项目:国家社会科学基金重大项目(25&ZD142);国家医疗保障局委托项目“全国统一长护险制度建设背景下定点城市转型效果追踪”
作者简介:彭天娇(2000年—),女,硕士研究生,主要研究方向为数字健康治理、长期护理保险与健康老龄化。E-mail:m202479117@hust.edu.cn
通讯作者:张韦。E-mail:weizhanghust@hust.edu.cn

系统性冲击,亦对社会养老服务体系构成持续性挑战。全面推进长期护理保险(以下简称“长护险”)制度是应对上述困境、缓解医保基金压力、减轻家庭负担的重要举措。2025年国家医疗保障局(以下简称“国家医保局”)进一步明确目标:3年内基本建立覆盖全民、统筹城乡、公平适度、科学规范、适应我国国情的长护险制度。同时,为引导现有49个国家试点城市长护险制度平稳过渡,破解制度碎片化难题,并强化对困难群体的精准帮扶,国家确定南通、宁波、青岛、荆门、成都为国家转型示范城市,发挥引领带动作用。

目前对于长护险政策的研究,主要聚焦以下两个方面:一是政策演进与制度设计的宏观梳理。国内学者总结指出长护险制度遵循从地方自主探索走向国家层面主导试点,最终迈向建立全国统一且独立的社会保障制度的内在逻辑。^[1-2]二是试点实践比较与共性难题剖析。既有研究结合试点地区实际,总结呼和浩特^[3]、上海^[4]、成都^[5]等地基于筹资机制、数字化、监管与评估、公平性等视角,形成区域特色建制方案。然而,研究也指出共性难题:筹资渠道对医保依赖度高^[6]、保障范围地区差异较大、评估标准存在碎片化、老年人合法权益易受损害且申诉难度较高^[7]、专业护理人员短缺^[8]、政策工具的整体和内部结构处于失衡状态^[9]。基于上述难题,研究也提出拓宽补贴筹资渠道、促进困难群体相关财政的跨部门使用^[10]、优化护理模式设计、强化劳动供给促进效应^[11]、建立精准识别机制、聚焦政策敏感群体^[12]等建议。尽管现有文献对长护险的中央制度设计与地方实践展开较多探讨,但多数研究聚焦于对政策内容的静态描述与横向对比,既缺乏对试点运行现状与国家顶层政策要求的系统比较分析,也未深入探讨长护险全国统一规范推进过程中,制度核心要素规范化与地方实践弹性的边界界定问题。如何通过规范统一核心要素以保障制度的公平性与普惠性,厘清地方弹性发展的合理空间,已成为当前我国长护

险制度建设亟待破解的关键议题。基于此,本文以中央与地方政策文本为核心分析素材,辅以新闻媒体报道作为补充,系统梳理长护险地方试点的制度建设现状,从央地政策视角分析二者差异,为我国长护险全面推进提供理论支撑与决策参考。

2 资料与方法

2.1 分析框架

本文以世界卫生组织(WHO)2021年发布的“Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care”中涵盖的治理、可持续筹资、服务提供、人力资源、信息、监测与评估体系、创新与研究^[13]六大框架要点为基础分析视角,该框架与长护险政策目标高度契合^[14],为本文研究提供了重要理论支撑。在此基础上,本研究引入国内学界普遍关注的参保对象、筹资机制、待遇给付、委托经办、失能评估、服务提供^[15-19]等核心分析维度,并进一步细化出筹资渠道、筹资标准^[20]、给付形式、给付标准^[21]等子维度,以此贴近我国长护险政策语境,同时强化分析逻辑性,为全国范围内的政策横向比较提供科学支撑。

在框架整合与调整过程中,本研究保留筹资机制、服务提供等共性核心要素,同时结合长护险政策特征进行优化:一是将涉及制度覆盖范围的参保对象与保障对象整合为参保与保障对象;二是将治理相关的委托经办、失能评估纳入管理与评估维度,其中委托经办因机制复杂、涉及面广,受篇幅所限未在后续展开深入论述;三是将原框架中的人力资源要素归并至服务提供维度,并细化为人才培养维度;四是将原框架中的信息、监测与评估及创新与研究两大支柱整合为信息化建设维度。最终,本研究构建了包含参保与保障对象、筹资机制、待遇给付、管理与评估、服务提供、信息化建设六个维度的长护险政策分析框架(表1)。

表1 长护险政策分析框架

主维度	子维度	内涵
参保与保障对象	参保对象	参加基本医保的人群。 ^[22]
	保障对象	因年老、疾病、伤残等导致失能,经过医疗机构或康复机构规范诊疗,失能状态持续6个月以上,生活不能自理,病情基本稳定且通过失能评定的失能人员。 ^[6]
筹资机制	筹资渠道	互助共济、责任共担的“多渠道筹资”。 ^[20]
	筹资模式	资金筹资的具体方式,包括定比筹资、定额筹资和混合筹资。
	筹资标准	通过以收定支、收支平衡、略有结余的原则合理确定。 ^[20]

表 1 长护险政策分析框架(续)

主维度	子维度	内涵
待遇给付	给付内容	涵盖基本生活照料和与之密切相关的医疗护理。
	给付形式	待遇实现的方式,如居家护理、机构护理等。
	给付标准	对给付水平的具体规定,包括对各类服务项目的支付比例、单次或月度的最高支付限额等。
管理与评估	监管	对长护险基金运行、服务机构服务行为与质量、经办流程等进行全程监督与管理。
	失能评估	对申请人失能状况的评定,包括使用统一的评估工具、遵循规范的评估流程、依据法定的评估标准来确定其失能等级。
服务提供	人才培养	为保障长护险服务质量,对长期照护师进行职业培训、资格认证和队伍建设的系统性工作。
	定点机构	经医保经办机构评估认定,签订服务协议,为失能人员提供规范化、标准化护理服务的各类机构,包括养老机构、医疗机构等。
信息化建设	信息化建设	运用信息技术赋能地方长期护理保险信息系统与监管平台建设。

2.2 分析方法

内容分析法(content analysis)是一种定量、定性结合的科学研究方法^[23],其核心在于将非结构化的定性资料转化为标准化的量化描述,并通过抽离素材的具体使用情境开展客观有效的逻辑推断。该方法具有非直接介入的特性,在一定程度上能够避免研究人员的主观判断对研究结果的干扰,因此被广泛应用于描述政策特征、推论政策制定前因、推断政策实施效果等研究场景。^[24]

本研究以《人力资源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》(人社厅发[2016]80号)的印发时间为检索起始节点,检索时限设置为2016年6月27日—2025年12月31日,以“长期护理保险”“长护险”“长期照护保险”等为核心检索词,依据《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》(医保发[2020]37号,下文简称《意见》)中49个国家级长护险试点城市目录,系统检索中央及各省(自治区、直辖市)、试点城市政府官方网站,以及上述部门认证的官方微信公众号、新闻门户网站发布的相关政策文本。纳入标准:(1)发文单位为国务院、国家医保局等国家部委,省级政府及其直属部门,试点城市政府及医保、人社等部门;(2)政策内容聚焦长护险;(3)政策类型为通知、意见、实施方案、管理办法等规范性文件。排除标准:(1)仅转发中央文件且未结合本地区实际制定具体实施要求的文本;(2)工作动态、审议报告、征求意见稿等非规范行文本;(3)重复、失效或无法公开获取全文的文件。经筛选,最终纳入国家层面有效政策文本15份、地方层面228份。鉴于试点城市定点服务机构数量、专业照护人才服务质量、信息化建设实践等具体实施细节,往往通过新闻媒体报道予以呈现,未被完全纳入

规范性政策文本范畴,本研究进一步将中央及试点地区官方认证新闻媒体发布的相关报道作为补充分析材料,重点采集与服务提供、信息化建设相关的内容。

3 中央和地方层面长护险政策对比分析

3.1 参保和保障对象

参保对象维度,《意见》明确规定,参保对象为参加基本医疗保险的人员。基于这一政策导向,所有试点城市均将职工医保参保人员纳入长护险参保范围,但城乡居民覆盖存在显著差异,具体表现为覆盖范围与年龄限制的分化:开封等14个试点城市进一步拓宽保障边界,明确将未成年人群体纳入参保范畴;烟台等6个地区仅辖区内部分区域实现城乡居民全覆盖;广州、石河子两地还对城乡居民参保人员设置了年龄准入条件。保障对象维度,《意见》界定的保障对象为失能状态持续6个月以上,且经规范申请与评估认定的失能参保人员。各试点城市结合本地经济发展水平、失能人群服务需求,形成三类差异化保障口径:北京石景山区等26个地区实行窄口径,仅保障重度失能人员;苏州等23个地区采用中口径(覆盖重度、中度失能/失智人员)或宽口径(覆盖重度、中度失能/失智人员及其他特殊群体),将中度失能、失智人员或特殊群体纳入保障范畴(表2)。此外,汉中等17个地区将异地参保人员纳入本地长护险保障范围;湘潭等8个地区设置了累计缴费年限门槛;威海等4个地区针对职工与城乡居民参保人员实行差异化的失能等级评估标准。

3.2 筹资机制

筹资渠道维度,《意见》明确要求试点地区构建以医保基金支付划转、个人缴费、财政补贴为核心的

多元筹资渠道。从试点实践来看,晋城等22个地区针对退休人员群体、宁波等15个城市针对灵活就业人员群体,分别制定了专项筹资政策。除此之外,多数试点城市采用“个人+单位”或融合多方主体的协同筹资模式(表3)。同时,各地在筹资细节上还呈现

出差异化补充的特点:聊城等15个地区暂未要求居民或职工参保人员个人缴费,菏泽等4个地区将社会捐赠纳入筹资渠道,济南等7个地区引入福利公益金,开封等13个地区专门为困难群体提供筹资资助,通过财政补贴等方式减免其个人缴费负担。

表2 试点地区长护险保障对象及对应城市

保障对象	试点城市
重度失能	北京石景山区、天津、晋城、盘锦、开封、湘潭、南宁、黔西南布依族苗族自治州、昆明、汉中*、乌鲁木齐、承德*、吉林、通化、梅河口、齐齐哈尔*、宁波、济南*、德州*、日照*、临沂、菏泽、荆门、石河子、东营*、枣庄(居民)、潍坊(居民)、威海(居民)、安庆
中重度失能	苏州、南通*、济宁*、重庆*、成都*(包括失智)、呼和浩特、福州、上海、威海(职工)、枣庄*(职工)、潍坊*(职工)、烟台*(包括失智)、长春(居家仅重度,机构含中度)、上饶(残疾或60周岁以上人群含中度)、甘南藏族自治州、珲春
重度失能+重度失智	青岛*、淄博、聊城、滨州*(居民重度,职工可到中度)、松原、泰安*、广州(包括延续失能)

注:“*”表示该城市包含异地参保人员。

表3 试点地区长护险筹资渠道及对应城市

类别	筹资渠道组合	职工试点城市	居民试点城市
单方	基金/个人	仅基金:上海、青岛;仅个人:威海、苏州、枣庄	仅基金:苏州;仅个人:吉林、通化、长春、乌鲁木齐、梅河口、石河子(低保户为个人+财政);威海、上海、青岛居民缴纳医保则可参与;枣庄缴纳新农合则可参与
双方	个人+单位	乌鲁木齐*、广州、昆明*、承德*、齐齐哈尔、成都、长春、呼和浩特、宁波、南宁*、黔西南布依族苗族自治州、石河子*、北京石景山区、松原、吉林、珲春、梅河口、通化、天津、福州*、湘潭*(退休人员为个人+基金)、东营、重庆*、开封(困难群体为财政+单位)、晋城*(退休人员为财政+单位)	
	个人+基金/财政	盘锦、南通、荆门、甘南藏族自治州(除属地机关外为单位+个人)	北京石景山区、广州、宁波、成都、黔西南布依族苗族自治州、荆门
	基金+财政		济南、菏泽、潍坊、德州、泰安、淄博、日照、临沂、滨州
多方	单位+个人+财政/基金	上饶、滨州	
	个人+财政+基金	安庆、德州、泰安、潍坊、汉中	呼和浩特、开封、南通、上饶、济宁
	含福彩或捐赠的多元组合	济南、烟台、济宁、日照、淄博、临沂、聊城、菏泽	东营、松原、聊城

注:“基金”指基本医保基金统筹部分,“个人”指个人缴费;“财政”指财政补贴;“福彩”指福彩公益金,“捐赠”指社会捐赠或救助。“*”表示该城市灵活就业人群或退休人员采用个人缴费模式。

从筹资模式看,国家层面鼓励实行定比筹资模式,但在具体实践中,筹资模式的选择呈现显著分化特征:安庆等26个试点城市采用定额筹资,湘潭等16个地区采用混合筹资,仅广州等7个地区采用定比筹资(表4)。从筹资标准看,仅荆门等3个地区实现了居民与职工筹资额度持平,其余试点地区均呈现出筹资总额及个人缴费标准的梯度分化:职工群体方面,定额筹资总额为15元/人/年(威海)至240元/人/年(甘南藏族自治州);个人缴费区间为15元/人/年(威海)至120元/人/年(甘南藏族自治州)。总体上

看,多数地区年筹资总额约为100元/人,个人年缴费约30元/人。定比筹资模式下,缴费比例区间为0.15%/人/年(吉林、松原、通化、梅河口、珲春)至0.30%/人/月(晋城)。其中,天津等24个地区严格对标《意见》要求,职工筹资单位和个人缴费比例原则上保持一致。居民群体方面,定额筹资总额为10元/人/年(通化、长春、吉林、梅河口)至180元/人/年(北京石景山区),个人缴费为5元/人/年(济宁)至90元/人/年(北京石景山区),整体呈现出低筹资水平、低个人缴费的特征,资金来源以医保基金划转与财政补

贴为主。此外,混合筹资模式中,职工群体以定比筹资为主,居民实行定额筹资,通过差异化的标准设

定,实现了制度运行可操作性与基金可持续性的平衡。

表 4 试点地区长护险筹资模式及对应城市

筹资模式	试点城市
定额筹资	安庆、威海、盘锦、黔西南布依族苗族自治州、上饶、枣庄、潍坊、菏泽、聊城、泰安、北京石景山区、开封、汉中、甘南藏族自治州、齐齐哈尔、苏州、济南、德州、烟台、济宁、日照、天津、淄博、临沂、荆门、宁波
定比筹资	广州、承德、福州、晋城、南宁、上海、青岛
混合筹资	湘潭、滨州、昆明、南通、乌鲁木齐、吉林、通化、珲春、长春、东营、石河子、成都、呼和浩特、松原、梅河口、重庆

注:定额筹资是按参保类型设定差异化缴费额度,以月或年为单位筹资的方式。定比筹资多为职工筹资,是指以医保缴费基数、职工工资或上年度居民人均可支配收入为基准,按一定缴费百分比,以月或年为时限进行的动态缴费机制。混合筹资是针对不同群体或资金来源将定比筹资与定额筹资相结合的筹资方式。

3.3 待遇给付

在给付内容维度,各试点地区基于本地人口结构、护理需求及财政承载能力,优先保障重度失能人员核心照护需求,细化服务频次与时长标准,与《国家长期护理保险服务项目目录(试行)》涵盖的 36 项生活照护与医疗护理项目大致相同。但各试点地区与国家目录仍存在一定差异:一是从服务数量看,福州、昆明、湘潭等地服务项目达 41~48 项,超出国家标准;二是特色项目增设,晋城在通用项目外补充情感陪护服务;聊城专门设立失智照护专区提供精神症状管理等针对性服务。

给付形式维度,试点城市普遍形成了“以机构护

理为主体,多元护理模式为补充”的服务供给体系,并结合失能人群照护需求与本地经济发展水平,形成差异化的给付形式组合(表 5)。具体来看,烟台为唯一采用“机构+辅具租赁报销机制”的地区,福州等 19 个地区采用“居家+机构护理”,南宁等 8 个地区在此基础上纳入了辅具租赁报销机制,东营等 21 个地区则将亲情照护纳入给付形式。值得注意的是,社区护理给付形式的覆盖率偏低,仅上海等 7 个地区将其纳入给付范围,多数地区与《长期护理保险经办规程(试行)》(下文简称《规程》)中关于机构护理、居家护理、社区护理三类给付形式的要求,存在明显执行差距。

表 5 试点地区长护险给付形式及对应城市

给付形式	试点城市
机构+辅具	烟台
居家+机构	福州、承德、吉林、珲春、齐齐哈尔、聊城、松原、乌鲁木齐、梅河口、安庆、淄博*、重庆、青岛*、长春、湘潭、通化、宁波、日照、菏泽
居家+机构+辅具	南宁、苏州、济宁、广州、济南、上海*、滨州、潍坊
居家+机构+亲情	东营、威海、荆门、北京石景山区、开封、昆明、甘南藏族自治州、枣庄、临沂*、天津、盘锦、石河子、泰安
居家+机构+辅具+亲情	呼和浩特、黔西南布依族苗族自治州、南通*、上饶*、晋城、德州*、汉中、成都

注:“机构”指机构护理,指在服务机构内为参保人员提供全日护理服务;“居家”指居家护理,指机构在参保人员家庭住所内提供护理服务;“*”指社区护理,即以社区为依托,提供就近方便的非全日护理服务;“辅具”指辅具租赁报销机制,通常包括家用照护床等租赁器械和纸尿裤等销售器械;“亲情”指亲情护理,指亲属人员在参保人员家庭住所内提供护理服务。

给付标准维度,各试点地区均以长护险基金与基本医保基金为核心资金来源,给付方式包括定额支付和定比支付两类。其中,定额支付以日或月为核算周期,根据核算标准进行划分:成都、盘锦两地仅以失能等级作为给付核算依据,其余 11 个地区则严格参照《意见》要求,按护理类型和失能等级进行差别化支付。定比支付同样遵循上述差别化原则,普遍锚定国家标准(覆盖开封等 36 个地区),并结合地方经济发展水平与基金承担能力,形成差异化给

付比例区间:梅河口针对城乡居民的报销比例仅为 50%~60%;上海、潍坊等地则高达 85%~96%,区域差异显著。此外,两种给付模式下,多数地区均呈现职工待遇高于城乡居民的共性,这一差异与前文提及的筹资额度梯度分化特征相契合,体现了“多缴多得”的制度设计逻辑。另外,部分地区还设置了两类待遇优化策略:一是建立与缴费年限挂钩的待遇补助机制,如吉林省内国家级试点城市;二是向特定群体实行待遇倾斜,如枣庄针对困难群体优化给付标

准。同时,部分地区也存在长护险与工伤险等其他社会保险重复给付的问题,模糊了各类保险制度的专属保障边界,不利于制度运行的规范性。^[25]

3.4 管理与评估

监管维度,各试点地区均严格对标《规程》等中央政策文件要求,构建“政府主导、社会力量补充”的监管体系,遵循多元参与、结果导向的原则,通过协议监管重点围绕定点服务机构的服务质量与费用合规性开展考核,形成两类差异化监管口径:南宁等13个地区实行网络协同监管,以多元主体联动为核心,打破部门与区域监管壁垒。开封等36个地区实施协议监管,以契约化约束为核心,将监管结果与费用支付、协议续签直接挂钩,通过刚性约束促使服务机构自律。但从实践来看,部分地区缺乏对服务时间或活动轨迹异常护理员的自动化监控手段。^[26]

失能评估维度,各试点城市均建立失能评估专家库,遵循“申请受理—现场评估—复核公示—异议处理”的标准化流程框架,契合《长期护理保险服务管理文书(2026年版)》与《长期护理保险专家库管理暂行办法》等中央政策文件,同时结合本地实际细化评估机制,形成三种差异化模式:安庆等30个地区采用流程标准化模式,严格依据国家评估标准或《日常生活活动能力评定量表》明确各环节操作规范及时限要求,突出评估标准的统一性与规范性;上海等19个地区采用本土适配模式,聚焦地方需求构建特色方案以提升评估结果的精准度和适配性。吉林省内国家级试点城市等采用第三方参与模式,将其纳入评估流程或由其负责评估,保障评估的客观性。此外,试点地区在评估细节操作上仍存在差异,如针对异地参保人员的失能评估,多采取现场、线上视频或委托居住地相关机构评估等方式,还建立了评估费用差异化支付规则,兼顾评估成本与服务质量。

3.5 服务提供

人才培养维度,晋城、宁波等43个地区通过校企协同育人、专项技能培训、稳岗激励政策等多元举措,提升长期照护人才队伍质量与稳定性。湖南等28个地区则参照《关于做好当前长期照护师培养培训工作的通知》(医保发[2025]11号)等中央政策文件要求,推广长期照护师职业类别,构建专业化职业品牌体系,有序推进人才培养培训专项计划。但从实际服务供给来看,人才缺口问题突出:截至2025年12月,长期护理服务人员数量超30万人,相较于全

国超4500万失能人口的照护需求规模,当前护理人力供给仍存在较大缺口,难以匹配实际需求。

定点机构维度,根据《长期护理保险护理服务机构定点管理办法(试行)》(医保办发[2024]21号)等中央政策文件,试点城市均对养老机构、医疗机构等各类服务机构开展依法审核与定点认定,但实践中仍存在诸多问题:部分机构存在服务内容缩水、“返佣”套利等违规乱象,社区照料中心的服务功能尚未充分发挥;农村地区因定点服务机构数量不足、服务半径过大,出现“有需求无服务”供给断层现象。^[27]总体而言,相较于持续增长的失能人口规模及刚性照护需求,我国长期护理服务领域的定点机构数量、人才队伍规模及综合服务供给能力,均存在结构性短缺问题,供需失衡矛盾较为突出。

3.6 信息化建设

《规程》等中央政策文件明确要求,长护险信息化建设需依托全国统一医保信息平台,实现跨区域、跨部门信息互联互通,为指导各省长护险全流程落地提供支撑,并严格保障参保人信息安全。从地方试点实践来看,信息化建设推进程度呈现显著梯度分化,除吉林等5个地区暂未开展相关建设工作外,其余试点地区结合自身技术赋能水平与管理效能,形成了三类差异化发展格局:盘锦等8个地区实现信息技术初步应用,但暂未搭建专属的地方长护险信息系统;泰安等25个地区以“申请—评估—服务—结算—支付—监管”全流程闭环式线上管理系统为核心,实现全流程数字监管,宁波“甬有长护”平台为典型代表性应用;济宁等11个地区则借助人工智能、大数据等前沿技术深化赋能,实现了从流程化数字化管理到智能化治理的跃升,如开封通过AI算法自动生成失能评估等级,大幅提升了评估效率与精准度。

4 讨论与建议

4.1 逐步破除参保对象准入壁垒,推进全民公平参保

目前,所有试点城市均以国家政策为核心,且大部分试点地区已实现城乡居民参保对象的全覆盖,为3年内推进长护险制度的全面落地打下坚实基础。但部分城市仍存在区域、年龄等参保门槛限制,农村及未成年群体覆盖率偏低,需着力破除参保壁垒,实现全民公平参保。一是从制度层面逐步放开并取消

区域、年龄、累计缴费年限等要求,推动各类群体平等纳入长护险参保范围。二是以试点城市为核心,推进省内评估结果互认、待遇互认,方便流动人口和异地居住老年人参保及待遇申请。三是将福彩公益金和社会捐助融入筹资渠道,通过政策引导与财政支持强化对弱势群体的精准帮扶,减轻基金压力,如通过财政全额补贴未成年人群体的方式来推动儿童随父母参保。

4.2 推动地方服务与国家目录对接,细化给付内容标准

研究发现,给付内容维度上部分试点地区结合自身实际情况,在服务项目数量和特色方面存在差异化设置。随着《目录》的出台,国家对服务项目设定了明确要求,试点地区应严格执行并合理细化相关内容。首先,地方不得随意新增《目录》外服务项目,而应着力推动现有服务与国家36项护理服务在项目名称、项目内涵上建立清晰的对应关系,实现精准关联与映射。其次,在遵循国家统一框架前提下,各试点地区可结合本地失能人群需求对相关服务标准、服务人员资质及服务时长等要点进一步细化,规范服务项目供给。再次,对于地方已开展但未纳入《目录》的服务项目,可采取保留措施。此外,部分地区推行的亲情照护、照护津贴等给付形式也应逐步纳入定点机构服务管理范畴。

4.3 依托战略支付整合存量资源,增强城乡服务提供能力

本研究表明,在护理服务供给维度,存在照护人员数量不足、农村服务资源薄弱、社区资源利用效率偏低等问题。因此,需构建以专业人才为核心、资源高效整合为支撑、提高农村服务供给能力为目标的系统性工程。一是建立涵盖培训内容、知识体系、培训时长等要素的照护人员标准化培训与考核体系,明确核心知识技能要求,重视工作条件与执业环境改善,实现培训全流程可追溯。同时,通过战略支付向持证照护人员倾斜,引导剩余劳动力及非正式照护人员持证上岗,逐步打造专业化、可持续的照护人才队伍。二是盘活存量资源,发展灵活化照护服务,鼓励有条件的社区、养老院整合闲置床位及医疗护理资源,重点推进喘息服务与上门照护服务。三是推行公私合营模式,对农村地区智能型护理床位建设给予补贴,并通过税收优惠、财政扶持等政策,引导定点服务机构向农村及偏远地区延伸居家上门护

理服务,拓展长护险制度的服务半径。

4.4 以信息化建设为抓手,实现全链条数字化管理与智能监测

我国多数试点城市已实现长护险全流程数字化监控,且与中央政策要求保持一致,但仍有部分城市尚未在国家政策指导下完成信息平台搭建。为此,应全面落地国家医保局长期护理保险功能模块,实现与国家数据标准和规范接口的精准对接,覆盖资金筹集至审核监管的全链条管理,引领区域长护险信息系统建设。积极拓展移动端服务渠道,为参保职工及居民长护险申请、评估、待遇享受和服务评价等业务提供便利。同时,主动运用人工智能、物联感知等技术,对护理服务过程进行动态监测,精准识别待遇重复享受等问题,对定点机构费用实施全量审核与动态监管,防范各类违规行为发生,从而提升长护险监管整体效能。

作者贡献:彭天娇负责资料收集与整理、论文撰写;张韦负责研究设计、论文撰写与修改;朱成燕负责论文修改、论文审阅;姚岚负责研究指导、论文审阅。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 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[J]. 社会保障评论, 2025, 9(4): 1-19.
- [2] 雷雯. 长期护理保险制度全面建立的路径研究[J]. 行政管理改革, 2025(12): 43-50.
- [3] 刘婉乔. 内蒙古自治区推行长期护理保险的发展现状与规范进路[J]. 北方金融, 2025(5): 20-27.
- [4] 罗英豪. 长期护理保险数智化转型的地方经验及未来趋向[J]. 开发研究, 2025(2): 118-129.
- [5] 廖芳, 贾勇, 刘小毛, 等. 成都市长护险制度演化、试点经验及启示:基于西南五省政策对比[J]. 中国医疗保险, 2024(5): 73-79.
- [6] 李雨畅, 俞清源, 陈星宇, 等. 积极推进长期护理保险制度建设的思考:基于我国49个长期护理保险试点城市的政策分析[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(7): 82-87.
- [7] 孙鹃娟, 吴海潮. 长期护理保险制度试点中的老年人权益保障[J]. 北京社会科学, 2024(1): 105-117.
- [8] 张文娟, 梅真. 长期护理保险与社会养老服务体系的协同发展策略:基于对长期护理保险试点经验的分析[J]. 北京行政学院学报, 2024(6): 118-125.
- [9] 唐瑶, 陈天然. 政策工具视角下我国长期护理保险政策研究:基于2012—2022年试点地区政策文本的量化分析

- [J]. 社会保障研究, 2023(4): 71-84.
- [10] 何梓彤, 张慧, 陈鹤. 如何将困难群体纳入长期护理保险: 制度设计与财政负担[J]. 中国卫生政策研究, 2024, 17(11): 19-25.
- [11] 杨舒, 邢慧霞. 我国长期护理保险的劳动供给效应研究: 兼析不同护理模式对劳动供给的影响[J]. 价格理论与实践, 2025(7): 184-190, 240.
- [12] 马琦峰, 宁晶, 陈鹤. 长期护理保险对老年人政府养老责任认知的影响: 基于四期 class 数据的分析[J]. 保险研究, 2025(9): 53-65.
- [13] Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care [M]. 1st ed. Geneva: World Health Organization, 2021.
- [14] LEE D, KIM S, KWON S, et al. Are long-term care systems aligned with person-centered integrated care? Evidence from the western pacific [J]. Health Policy, 2025, 162: 105442.
- [15] 徐兰. 我国长期护理保险制度的探索发展与实现路径: 兼析长期护理保险模式的国际比较与镜鉴[J]. 价格理论与实践, 2025(8): 162-167, 267.
- [16] 陆晨晨, 张志帆, 杨晶. 徐州市长期护理保险制度试点的现状、问题与思考[J]. 护理研究, 2026, 40(1): 146-150.
- [17] 刘芷含, 李鹤斌, 卢志诚, 等. 基于文本挖掘的我国长期护理保险政策供给特征研究[J]. 护理研究, 2025, 39(19): 3242-3255.
- [18] 孙琪, 郭锋, 翟铁民, 等. 我国长期护理保险政策对比研究[J]. 合作经济与科技, 2025(6): 174-177.
- [19] 袁成, 陶然, 郑蕾, 等. 长期护理保险可持续发展的实践探索: 以宁波市为例[J]. 中国医疗保险, 2025(11): 92-98.
- [20] 郑秉文, 梁馨月. 长期护理保险筹资制度存在的问题与优化对策: 以10个试点城市的数据为例[J]. 行政管理改革, 2025(10): 36-47.
- [21] 井玉荣, 王欣宁, 朱鸿飞, 等. 嘉兴市长期护理保险筹资与待遇给付现状及优化策略[J]. 中国卫生政策研究, 2025, 18(1): 51-57.
- [22] 戴卫东. 中国特色长期护理保险建制的前瞻性思考[J]. 社会政策研究, 2024(3): 38-47, 132.
- [23] 姚怡帆, 张相, 叶中华. 目标—工具—效力: 中国数字政府建设政策的三维图景[J]. 管理评论, 2024, 36(5): 248-259.
- [24] 曲纵翔, 丛杉. 中国公共政策清理工作的政策回顾与展望: 基于中央—地方66份政策文本的内容分析[J]. 中共福建省委党校(福建行政学院)学报, 2022(5): 92-105.
- [25] 谢冰清. 我国长期护理社会保险的保障范围及其规则构造[J]. 环球法律评论, 2024, 46(1): 124-140.
- [26] 苏忠鑫, 王颖. 长期护理保险试点中的主要问题及对策研究[J]. 云南民族大学学报(哲学社会科学版), 2025, 42(1): 59-68.
- [27] 朱铭来, 康琢. 全面实施长期护理保险的挑战与对策[J]. 中国保险, 2025(12): 22-25.
- [收稿日期:2025-12-10 修回日期:2026-01-15]
(编辑 赵晓娟)

世界卫生组织:全球多数国家全民健康覆盖取得进展,但挑战依然严峻

近日,世界卫生组织与世界银行集团联合发布《2025年全民健康覆盖全球监测报告》。该报告显示,2000—2023年,全球医疗服务覆盖指数从54分提升至71分;同时,因自付高额医疗费用陷入贫困的人口比例从34%降至26%。然而,最贫困群体仍承受沉重负担,全球约有46亿人仍无法获得基本医疗服务,其中有16亿人因医疗支出陷入贫困。其中,药品费用是主要因素,贫困人群自付药品支出高达60%。

报告指出,低收入国家在扩大覆盖率和减轻经济负担方面取得一定进展,但仍存在较大差距。尽管全球服务覆盖率提升,但在非传染性疾病服务、孕产妇与儿童健康领域进展有限。此外,经济发展和社会因素对减贫具有正向推动作用,但医疗费用仍是诱发贫困人群陷入财务困境的主要原因。

性别、收入水平、居住地及教育程度差异导致的不平等依然存在。2022年,最贫困群体中约四分之三的人口面临因医疗费用导致的经济困难,而该比例在最富裕群体中不足四分之一。尤为注意的是,弱势群体(如流离失所者、非正规定居者)往往未被纳入监测,健康不平等水平可能被低估。

针对上述问题,报告呼吁各国在六个核心领域采取行动:一是为贫困及弱势群体提供免费基本医疗服务;二是扩大公共卫生系统投资;三是解决药品自付费用过高问题;四是加速提供非传染性疾病基本服务;五是强化基层医疗,提升公平性和效率;六是采取多部门协作,关注健康决定因素及全民健康覆盖驱动力。

(摘编自:世界卫生组织网站)