

健康中国战略视域下推进长期护理保险与 免陪照护制度融合研究

张翊廷

西南民族大学管理学院, 四川 成都

收稿日期: 2025年7月21日; 录用日期: 2025年8月24日; 发布日期: 2025年9月2日

摘 要

健康中国战略是国家应对人口老龄化与疾病谱变化的核心方略, 旨在系统性提升国民健康水平。长期护理保险作为其关键支撑, 致力于解决失智失能老人照护问题, 推动医养结合, 提升老年生活质量。然而, 该制度面临护理人员能力不足、人力短缺及筹资机制不完善等挑战。国家医保局2024年推出的免陪照护制度通过专业团队提供全天候医疗与生活照护, 与长期护理保险存在服务重叠与互补潜力。本研究旨在探索两项制度的整合路径以优化老年照护保障体系。采用文献研究法与政策分析法, 系统梳理并比较两项制度在试点地区的运行实践。重点分析长期护理保险与免陪照护制度间的契合点、差异性及协同互补空间。基于分析, 本研究将提出二者融合的制度设计框架与针对性政策建议, 以期完善长期护理保险与免陪照护制度, 为老年人提供更优质、高效的保障服务, 切实助力健康中国战略目标的实现。

关键词

健康中国战略, 长期护理保险, 免陪照护服务

Research on the Integration of Long-Term Care Insurance and Companion-Free Care System under the Perspective of the Healthy China Strategy

Yiting Zhang

School of Management, Southwest Minzu University, Chengdu Sichuan

Received: Jul. 21st, 2025; accepted: Aug. 24th, 2025; published: Sep. 2nd, 2025

文章引用: 张翊廷. 健康中国战略视域下推进长期护理保险与免陪照护制度融合研究[J]. 社会科学前沿, 2025, 14(9): 33-41. DOI: 10.12677/ass.2025.149774

Abstract

The “Healthy China” strategy is a core national initiative in response to population aging and the shifting spectrum of diseases, aiming to systematically improve the overall health of the population. As a key pillar of this strategy, long-term care insurance focuses on addressing the care needs of older adults with cognitive and physical impairments, promoting the integration of medical and eldercare services, and enhancing the quality of life for the elderly. However, the system faces several challenges, including insufficient caregiver training, workforce shortages, and an underdeveloped financing mechanism. Meanwhile, the Accompaniment-Free Care system introduced by the National Healthcare Security Administration in 2024 offers round-the-clock medical and daily care through professional teams, creating potential overlaps and complementarities with long-term care insurance. This study aims to explore integration pathways between the two systems to optimize the elderly care security framework. Using literature review and policy analysis methods, it systematically examines and compares the implementation practices of both systems in pilot regions. The study focuses on identifying areas of alignment, divergence, and potential synergy between long-term care insurance and the Accompaniment-Free Care system. Based on this analysis, it proposes an integrated institutional design framework and targeted policy recommendations to improve both systems and provide higher-quality, more efficient care services for the elderly—ultimately supporting the realization of the goals of the Healthy China strategy.

Keywords

Healthy China Strategy, Long-Term Care Insurance, Companion-Free Care Services

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 研究背景与意义

1.1. 研究背景

我国长期护理保险制度的建立起源于应对人口老龄化带来的长期护理需求，2016 年国务院首次提出建立该制度，2017 年青岛和南通等地率先开展试点，2019 年国务院发布意见明确推进全国范围内的长期护理保险制度建设。2021 年 3 月全国两会通过的《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》对建立长期护理保险制度又做出新的部署安排。作为健全我国社会保障体系的一项重要任务，党的二十大报告明确提出要“建立长期护理保险制度”。长期护理保险制度的构建与发展，在我国社会保障体系的完善中占据着举足轻重的地位。作为继基本养老保险、基本医疗保险、失业保险和工伤保险后的又一项新型社会保险制度，长期护理保险旨在通过互助共济机制，为长期失能失智群体提供必要的生活照料与医疗护理服务或资金支持。这一制度的提出与推进有效填补了社会保障体系的空白并且切实保障了失能人员的护理需求，更是为应对我国日益严峻的老龄化挑战做出巨大贡献。

2024 年 11 月 18 日，国家医保局出台护理类立项指南(试行)和优化调整护理价格政策通知，统一指导各省规范护理价格项目，同时新设“免陪照护服务”价格项目，满足群众多样化的护理服务需求，引导医疗机构提供专业性、技术性护理服务，获得增量收入。该制度通过提供专业化的照料服务，充分提升了患者及其家属在住院期间的幸福感及满意度，是实施完成健康中国战略不可或缺的一部分，具有重

要的研究意义。

1.2. 研究意义

1) 现实意义

人口结构深度老龄化催生了急剧增长的护理服务需求。长期护理保险与免陪照护制度的协同融合，有望为失能失智群体提供覆盖日常照料至专业医疗护理的全周期照护服务。这种整合不仅能系统性满足多元照护需求、提升生活品质与福祉水平，更是积极应对人口老龄化的关键路径。免陪照护制度依托医疗机构专业资源，可显著提升长期护理服务的专业化程度；通过强化护理人员培训与管理体系，能够有效优化服务技能与提高服务质量。这一专业化、集约化的服务模式，不仅有利于提升资源利用效率、降低社会成本，更能深化医养结合实践，为社会保障体系的结构性完善提供支撑。

2) 理论意义

长护险与免陪照护制度的融合，是优化两项制度效能、构建多层次社会保障体系的核心环节。其理论价值在于，一方面，通过拓展保障范围、增强保障力度并整体提升服务质量，实质性破解当前护理人力资源专业化不足的瓶颈；另一方面，作为长护险本土化实践的重要探索，其融合路径研究为制度创新提供了理论依据。在更深层次上，对两项制度的耦合机制与协同优化进行理论探究，对于驱动社会保障体系高质量发展、提升国家治理体系和治理能力现代化水平具有显著的理论意义。

2. 理论基础与文献综述

1) 福利多元主义理论

福利供给的多样化，认为应对单一主体失灵的风险，应有不同的福利供应主体共同参与，这一理论在健康中国战略框架下，为长期照护、陪护制度提供了有力的理论支撑。按照这一理论，既发挥政策引导和协调作用，作为福利保障的提供者，又保证多方主体的有效配合，通过政府主导、社会参与的方式，可以整合长期照护保险和免费陪护制度的资源。在具体服务的提供上，政府负责制定政策，提供资金支持，医疗机构和家庭则各司其职，共同推动提供优质护理服务，多元福利供给有助于分散单一主体的风险，这是福利多元论的观点。在此背景下，通过不同机构之间的协作，将长期照护保险与免费陪护服务相结合，有助于减少单一服务模式可能带来的风险，福利多元主义在健康中国战略下，为护理保障体系提供了创新之路。理论的出台为优化政策提供了一个多元视角，鼓励政府、市场、社会共同努力，从而形成更加包容灵活的政策体系，这是当前我国护理服务供需矛盾突出、人才紧缺的大背景下提出的。

2) 国内外研究现状述评

我国当前长期护理保险给付模式主要分为三类。主要分为现金给付，实物给付，以及混合给付。阙川棋指出现金给付就是保险公司直接给参保人现金来支付护理费用，由参保人自己安排护理服务[1]。她认为这种方式的优点是简单方便，但缺点是缺乏对需要护理的人及其家庭的社会支持，可能导致家庭和个人应对风险的能力得不到提高。林宝认为实物给付是由护理机构或者社区直接向被护理人员提供护理服务[2]，武亦文指出这种方式能保证护理服务的质量，但可能会限制参保人的选择[3]。杨忻和张邈利用CHARLS四期面板数据对长护险不同给付模式进行了分析，她们认为相较于服务给付模式，采用混合给付模式的试点城市在长护险实施后降低了代际经济支持，城市和经济发达地区长护险给付模式对代际经济支持的影响效应强于农村和欠发达地区，部分政策效应通过医疗支出来发挥[4]。

鲁於和杨翠迎回顾和梳理了我国学术界关于长期护理保险制度构建问题研究的理论成果，他们建议采用“以服务给付为主、以现金补贴为辅”的给付方式，确保制度的基本属性不变，同时赋予家庭优先

选择权,使其可以自主选择服务给付还是现金给付[5]。张文娟和李念提出在制度实施初期,可以采用单一给付模式以降低行政成本和监管难度。随着社会经济发展和家庭照料功能弱化,逐步引入混合给付方式,提高制度的效率和公平性[6]。徐杰建议完善长期护理保险的法律法规,明确保险给付规定,加强行政协议管理,完善定点机构,确保政府积极作为义务的实现[7]。张晓媛提出我国应结合国情,探索适合本土的混合给付模式,逐步实现从单一给付到混合给付的过渡[8]。武亦文认为长期护理保险模式应以实物给付为主,有条件地引入现金给付,并且根据失能人群的失能程度给予不同程度的保险补偿[3]。

我国 65 周岁及以上老年人口已达 2.1676 亿,占总人口的 15.4%,传统家庭陪护模式的局限性日益凸显[9]。在这种情况下,免陪照护服务成为应对老龄化的重要政策,目的是通过专业护理来减轻家庭的照护压力。政策规定,免陪照护服务包括生活照护、病情观察和康复训练三个主要部分,由医院的专业护理人员(包括护士和护理员)提供。和传统护工相比,现在的护理员必须接受至少 150 学时的标准化培训,服务的专业水平和规范性明显提高[10]。为了保证服务能持续开展,相关部门从人才供应、人员管理和定价方式三个方面建立了保障措施。国家医保局规定,目前这项服务主要针对特级和 I 级护理的患者,暂时不能用医保报销,由患者自己选择是否使用[11]。然而,李铁林指出,服务推广仍面临人才短缺、床护比例失衡等结构性矛盾,同时需防范服务滥用导致的护理资源挤占风险[12]。

德国在 1995 年正式建立了长期护理社会保险制度。Evers 在其研究中提到,这一制度的出台主要是因为长期护理相关的收入支持成本一直在上升,其核心目标之一是减少老年人对社会救助体系的依赖[13]。Karlsson 等学者进一步分析了德国的制度设计。他们发现,德国长期护理保险根据护理需求的不同,提供三种福利类型:现金补助、居家护理和机构护理。其中,居家护理和机构护理属于实物型福利,也就是提供具体的护理服务而非现金,这些服务通常能覆盖实际费用的大约 50%;现金补助则是直接把钱发给被保险人。对于那些护理需求特别严重的情况,制度还设有额外的补偿条款,但这类支出总额不能超过护理基金预算的 3% [14]。此外,Murakawa 和 Yasumura 补充指出,德国通过失能等级评估体系来确定具体的给付金额,还设立了“护理支持中心”来提供个案管理与咨询服务,这样可以更好地优化资源配置和提高服务精准度[15]。日本为了应对快速老龄化的挑战,在 2000 年也建立了长期护理保险制度。Tsutsui 和 Muramatsu 指出,日本的制度采用“以服务供给为核心”的社会保险模式,重点通过制度设计来减轻家庭的照护压力[16]。Wagami 和 Tamiya 后来进一步研究发现,日本的长期护理服务主要提供具体的护理服务,包括居家护理、日间照护和机构照护等类型。这个制度有几个特点:一是把“照护”和“医疗”明确分开,形成了独立的服务体系;二是地方政府在评估护理需求和分配服务方面发挥核心作用,通过“介护等级”(即护理需求的严重程度分级)来提供不同的服务;三是政策明确不鼓励给家庭照护者发放现金津贴[17]。相比之下,英国的长期护理保险供给模式与德国有明显不同。Laing 和 Buisson 在市场调查中发现,英国完全采用实物型福利供给,也就是只提供具体的护理服务,主要包括机构照护和居家照护,不提供现金补助选项[18]。美国目前还没有建立全国统一的长期护理保险体系。Wiener 等学者提到,美国的长期护理保障主要依靠两个途径:一是联邦与州政府资助的 Medicaid (这是一种需要通过收入审核的福利项目),二是私人购买的商业保险[19]。Rhee 等学者进一步补充了美国制度的问题。他们指出,Medicaid 虽然是美国长期护理的主要资金来源,主要为低收入群体提供照护服务,但存在覆盖率低、成本高以及风险池规模有限等问题[20]。另外,美国的联邦医疗保险项目 Medicare 几乎不涵盖长期照护服务,只负责短期康复需求。

3. 现状分析:长期护理保险与免陪照护制度的实践与挑战

3.1. 我国长期护理保险给付形式发展现状

研究选取上海、杭州、成都、南宁和天津五个试点城市,分析其老龄化程度及长期护理保险(以下简称“长护险”)的参保范围与给付形式特点。上海的参保人群主要包括城镇职工医保参保者和 60 周岁以

上的城乡居民医保参保者，提供居家上门、社区日间和养老机构三种照护服务。成都则覆盖城镇职工和城乡居民基本医保参保人员，与上海不同的是，成都对城乡居民参保没有年龄限制，其给付形式分为基础护理、专业护理和辅助器具服务三类。

杭州与成都类似，职工和城乡居民医保参保者在参加杭州基本医保时自动加入长护险，给付形式简化为机构护理和居家护理两种。南宁试点初期主要覆盖职工医保参保者，已享受工伤保险生活护理费的工伤人员除外，提供居家护理与机构护理两类服务，与杭州一致。

天津市职工医保参保人员同步参加长护险，将根据经济水平、资金能力和保障需求逐步扩大参保范围，给付形式为居家护理与机构护理两种。

上海、成都、杭州等老龄化程度较高的城市因其庞大的失能人口基数带来的社会和政治压力选择了覆盖城镇职工和城乡居民的全民参保模式。南宁市则由于老龄化程度相对较低，在制度初期优先覆盖城镇职工群体。这一策略既有助于控制财政风险的同时又能利用职工医保基金的转移支付机制来支撑制度的运行。虽然天津的老龄化程度与上海等城市一样，已经超过了 20%，但其可能因为受地方经济水平和财政收支平衡能力等因素的制约导致其在起步初期仅覆盖职工群体。总的来说经济发达地区凭借较强的财政实力更倾向于实施较高的给付标准和更广泛的覆盖范围；而财政资源相对有限的地区则更可能采用限定覆盖对象的谨慎策略。

各试点城市长护险的具体覆盖人群、参保规则、给付标准及给付形式等详细信息，可参见表 1。

Table 1. Comparison of pilot cities for long-term care insurance
表 1. 长护险各试点城市比较

试点城市	覆盖人群	给付形式	给付标准	老龄化率
上海	(一) 参加本市职工基本医疗保险的人员； (二) 参加本市城乡居民基本医疗保险的 60 周岁及以上的人员。	(一) 居家照护：医疗及养老机构上门为参保人提供生活照料和医疗护理。 (二) 社区照护：社区场所定时为参保人提供生活照料和医疗护理。 (三) 机构照护：养老机构为入住参保人提供生活照料和医疗护理。	(一) 评估为二至六级的参保人可享居家照护，频次为：二/三级每周 3 次，四级 5 次，五/六级 7 次，每次 1 小时。 (二) 五/六级参保人连续居家照护 1~6 个月，每月增 1 小时或补助 40 元；超 6 个月，每月增 2 小时或补助 80 元。 (三) 医保中心与定点机构约定照护价格及支付标准。 (四) 评估有效期内，照护费用 90%由长护险基金支付。	28.8% (截至 2023 年)
成都	成都市城镇职工基本医疗保险参保人员、城乡居民基本医疗保险参保人员，在参加成都市基本医疗保险的同时，参加长期护理保险。	(一) 基础护理：由居家护理人员或专业机构提供生活照料服务。 (二) 专业护理：由专业机构提供与生活密切相关的日常护理服务。 (三) 辅具服务：由专业机构提供必要的辅助器具和耗材服务。	根据参保人护理需求的评估结果，确定具体的服务内容和补贴金额。	21.5% (截至 2023 年)
杭州	杭州市职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险参保人员，在参加杭州市基本医疗保险时，同步参加长期护理保险。	机构护理：失能人员在机构接受护理，基金按床日定额支付。 居家护理：定点机构上门服务，基金按服务时长支付。	参保人可选机构或居家护理。 机构护理：Ⅱ级及以下每床日 50 元，Ⅲ级 70 元，基金定额支付。 居家护理：Ⅱ级及以下每月 ≤ 25 小时，Ⅲ级 ≤ 35 小时，基金按 60 元/小时支付，个人免付费。	25.92% (截至 2023 年)

续表

南宁	从南宁市职工基本医疗保险参保人群起步，已享受工伤保险基金支付生活护理费的工伤人员不参加长护险。	机构护理：符合条件人员入住定点机构，享受全日制照料和医疗护理。 居家护理：符合条件且具备照护条件人员，由定点机构上门提供照料和医疗护理服务。	机构护理：按床日计费，Ⅲ级 66 元、Ⅱ级 62 元、Ⅰ级 57 元/天。 居家护理：按月定额 1850 元，支付照料和护理费用。 辅助器具费用将适时纳入保障，细则由市医保局制定。	14.8% (截至 2023 年)
天津	试点阶段，天津市职工基本医疗保险参保人员同步参加长期护理保险。综合考虑经济发展水平、资金筹集能力和保障需要等因素，逐步扩大参保对象范围。	居家护理 机构护理	(1) 机构护理：每人每天 70 元，基金承担 70%；机构按需制定护理计划并服务。 (2) 居家护理：每人每月 2100 元，基金承担 75%；机构按选定项目和标准提供服务。	24.93% (截至 2023 年)

资料来源：由作者根据各地区发布文件收集整理。

3.2. 免陪照护制度的内涵、实践与特点

本文选取广东、山西、湖南和江苏四个试点地区，分析免陪照护服务的定价机制与差异化支付特点，具体定价规则如下。

广东实行护患比梯度定价：护患比 1:3 (一名护理人员服务三名参保人)的基础价格为 140 元/次，1:2 服务 180 元/次，1:1 服务 280 元/次。山西规定护患比 1:2 及以上的服务价格为 150 元/次(即一名护理人员同时服务两名及以上参保人)，1:1 服务价格由定点机构根据成本和市场供需自主确定。

湖南统一基础价格为 140 元/次，但不同层级医疗机构有所调整：省属医院 154 元/次，县域公立医疗机构 112 元/次，紧密型医共体内的乡镇卫生院 119 元/次。江苏的基础价格为 125 元/次，纳入医保丙类支付范围，参保人按当地医保政策比例自付。

广东、江苏凭借其优越的医疗资源推行基于护患比的分级定价模式。湖南通过对基层医疗机构实施价格倾斜旨在缓解县域专业护理资源短缺的困境。而江苏将免陪护纳入医保丙类支付的创新举措，则凸显试点地区通过差异化政策设计拓展制度红利的策略导向。

各试点地区免陪照护服务的具体定价标准、护患比要求及医保支付规则等详细信息，可参见表 2。

Table 2. Comparison of pilot cities for the companion-free care system

表 2. 免陪照护制度试点城市比较

试点地区	基础服务价格(元/日)	浮动机制	特色模式
广东	“一对三”护理，140	“一对二”，180 “一对一”，280	医院统一管理 + 心理关怀
山西	同时照护两名及以上患者，150	由医疗机构一对一自主定价	150 小时培训 + 省级补贴
湖南	140	省属医院 154，县域公立医疗机构 112，紧密型医共体内的乡镇卫生院，119	基层普惠定价
江苏	125	纳入医保丙类	AI 监测 + 全链条康复

资料来源：由作者根据各地区发布文件收集整理。

3.3. 两种制度的比较分析：契合点与差异性

长期护理保险制度与免陪照护制度均为国家层面为积极应对人口老龄化及疾病谱变化、响应“健康

中国”战略而构建的护理保障政策体系的重要组成部分，对于完善我国多层次社会保障体系、提升民生保障水平具有重要实践意义。二者在制度设计上均遵循政府主导、社会力量参与的原则，保障范围均涵盖因病因伤丧失自理能力的群体，核心目标在于为保障对象提供必要的护理措施与持续性服务支持。

在服务内容与专业分工维度，长期护理保险制度聚焦于提供生活照料、专业护理及心理疏导等综合性、连续性服务，服务提供者以养老护理员、护士为主体，且须具备长期护理保险定点服务资质；免陪照护制度则以生活照护及安全监护为核心服务内容，服务提供者可为医疗护理员，需持有国家规定的从业“四证”并经所在科室专项培训合格后方可上岗。

在服务对象方面，长期护理保险的保障范围明确为经专业评估达到重度失能(≥Ⅱ级)标准的居家或机构养老老年人；免陪照护制度的保障对象则限定为住院患者，尤其以老年科、骨科等护理需求较高的科室患者为主要覆盖群体。

从服务场景来看，长期护理保险的服务场域主要分布于居家、社区养老服务中心、养老机构等长期照护场景，强调服务的长期性与稳定性；免陪照护制度的服务场景则集中于医疗机构住院期间，主要满足患者急性期的生活照护需求。

在制度触发条件上，长期护理保险以保障对象失能状态的持续存在为核心触发要件，注重对失能群体的长期照护保障；免陪照护制度则以保障对象因疾病或损伤需要接受住院治疗为前提条件，服务启动与住院治疗周期直接关联。

此外，二者在资金来源与保障力度上亦存在差异：长期护理保险通常采用个人缴费、集体补助、政府补贴相结合的多渠道筹资模式，保障水平与筹资规模、区域经济发展水平相适配；免陪照护制度的费用一般纳入医疗服务收费体系或由患者自行承担，具体标准由医疗机构根据服务成本及当地物价水平制定。

表 3 列示了长期护理保险与免陪照护制度的详细对比信息。

Table 3. Comparison between long-term care insurance and the companion-free care system
表 3. 长期护理保险与免陪照护制度对比

维度	长期护理保险	免陪照护制度
服务对象	经评估达重度失能(≥Ⅱ级)的居家/机构老人	住院患者(尤其老年科、骨科等高需求科室)
服务场景	居家、社区、养老机构等长期照护场景	住院期间的急性期生活照护
触发条件	失能状态持续	住院治疗需求
支付主体	医保/长护险基金 + 个人/财政补贴	患者自费为主
定价方式	按失能等级定额支付	政府指导价 + 分级收费

4. 健康中国战略下推进融合的路径设计与政策建议

4.1. 目标人群重叠与需求衔接，共解“照护真空”难题

老年患者，特别是高龄老人、生活不能自理或有认知障碍的老人，以及术后需要康复的老人，是长期护理保险和免陪照护服务的主要服务对象。此类患者在住院期间，因家属陪护能力有限或缺失，亟须专业机构提供的“免陪护”服务以保障基础生活照料与安全。当患者度过急性医疗期出院，若仍处于失能或半失能状态，则需无缝转入长护险提供的居家或机构长期照护服务。这种“住院期间免陪护，出院后长护险接棒”的服务衔接机制，理论上可以实现照护责任的连续转移，形成“医院 - 社区或家庭”的

无缝对接服务体系。这种机制可以有效避免传统模式中可能出现的照护服务中断问题，从而明显减少因为照护不到位或缺失导致的不必要的再次住院情况。

4.2. 专业资源整合与能力共建，共筑标准化照护人才池

无论是长护险的护理员，还是医院里提供免陪护服务的医疗护理员，他们的工作内容都离不开基础的生活照顾和专业的护理技能。这两种制度在护理人员的培训和资格认证方面有很多可以互通和整合的地方。河南、江苏等省份已经开始尝试建立省级的养老护理员和医疗护理员培训基地，并且推动基础技能培训内容的统一和标准化。如果建立证书互相认可的机制，那么护理员只要有其中一种证书，并且满足另一种制度的基本要求，就不用重复参加培训和考试。这样可以大大降低培养护理人员的成本和时间，让护理人员更容易流动，提高人才供给效率。同时，服务项目定义和核心操作规范上的统一，为护理人员在不同服务场景之间切换提供了扎实的基础，保证服务质量稳定和连续，是实现“跨场景服务”无缝衔接的重要支持。

4.3. 支付机制协同创新，共破照护费用瓶颈

构建分阶段、相互配合的支付方案是让照护服务持续发展的关键。近年来，不少地方在支付方式上做了新尝试。江苏把医院的免陪陪护服务纳入了医保部分报销范围，打破了以前只能报销特定项目的限制。同时，有些地区试着把失能程度和住院护理费用挂钩——用长期护理保险的钱支付确实因失能产生的护理开支，这为以后实现服务随人转移、支付跨场景衔接机制打下了基础。

除了基础的保障体系，商业保险也在慢慢成为减轻老年照护经济压力的帮手。通过设计专门覆盖某些照护服务的保险产品，刚好补上了基础保障没覆盖到的部分。根据这些实践，完善支付体系可以分阶段来，近期重点让商业保险发挥补位作用，比如推出长护险 + 免陪照护的组合保险，同时探索建立与参保率联动的保费补贴机制，以提升居民参保积极性。中期可以选择财政基础好的地方先试点，让长护险基金能在不同服务场景之间跨场景支付。支付范围主要看照护内容和失能程度的关系，同时配三个保险闸，一年内住院照护的天数不能超过上限；用数字化平台把服务过程全记录；参考医院常用的按病种付费模式，定合理的支付标准，避免服务被过度提供。从长期来看，有必要建一个全国统一的“照护账户”，把个人账户、医保(含长护险)和商业保险的基金都整合起来，还能在异地结算。通过推广基础长护险 + 商业补充险的组合，或者让商业机构帮忙管长护险基金，慢慢形成共付、定额补贴、服务包购买等多种支付方式，最终建成一个协调高效、覆盖全面的多层次照护保障体系，帮助老龄化社会减轻照护支出的压力。

基金项目

本项目得到西南民族大学中央高校基本科研业务费专项资金资助(项目编号 2025SYJSCX110)资助。

参考文献

- [1] 阙川棋. 我国长期护理保险制度待遇给付方式问题研究[J]. 保险理论与实践, 2018(2): 65-74.
- [2] 林宝. 对中国长期护理保险制度模式的初步思考[J]. 老龄科学研究, 2015, 3(5): 13-21.
- [3] 武亦文. 统合视角下我国长期护理保险给付的规则形塑与制度建构[J]. 法学评论, 2023, 41(2): 81-94.
- [4] 杨忻, 张邈. 长期护理保险不同给付模式对代际经济支持的影响研究——基于 CHARLS 数据的实证分析[J]. 卫生经济研究, 2025, 42(6): 45-50.
- [5] 鲁於, 杨翠迎. 我国长期护理保险制度构建研究回顾与评述[J]. 社会保障研究, 2016(4): 98-105.
- [6] 张文娟, 李念. 现金或服务: 长期照护保险的给付制度分析[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(2): 1-9.

-
- [7] 徐杰. 长期护理保险给付的行政法研究[D]: [硕士学位论文]. 济南: 山东师范大学, 2021.
 - [8] 张晓媛. 长期护理保险给付制度的设计[D]: [硕士学位论文]. 南京: 南京财经大学, 2014.
 - [9] 中国政府网. 《医院免陪照护服务试点工作方案》解读[EB/OL]. 2025-05-27.
https://www.gov.cn/zhengce//202505/content_7025448.htm, 2025-07-04.
 - [10] 丁海林. 医院护工服务开启消费新篇[N]. 营口日报, 2025-06-06(010).
 - [11] 央视网. 多地试点新增“免陪照护服务”项目切实增进人民群众健康福祉[EB/OL]. 2024-10-26.
<https://news.cctv.com/2024/10/26/ARTITFE0Ho1PVqf3Y91UreP241026.shtml>, 2025-07-04.
 - [12] 李铁林. 免陪照护需要政策守护[N]. 人民日报, 2025-06-20(005).
 - [13] Evers, A. (1998) The New Long-Term Care Insurance Program in Germany. *Journal of Aging & Social Policy*, **10**, 1-22. https://doi.org/10.1300/j031v10n01_05
 - [14] Karlsson, M., Mayhew, L., Plumb, R., *et al.* (2004) The Comparative Effects on UK Public Expenditure of Implementing Long-term Care Systems as Practised in Japan. Germany and Sweden, paper presented to the Staple Inn Acturial Society.
 - [15] Murakawa, H. and Yasumura, K. (2011) Reforms of Elderly Long-Term Care Insurance System in Germany and Japan—Focused on the Development of Community Services for the Elderly with Consulting and Support Functions. *Journal of Social Policy and Social Work*, **15**, 25-38.
 - [16] Tsutsui, T. and Muramatsu, N. (2005) Care-needs Certification in the Long-Term Care Insurance System of Japan. *Journal of the American Geriatrics Society*, **53**, 522-527. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53175.x>
 - [17] Iwagami, M. and Tamiya, N. (2019) The Long-Term Care Insurance System in Japan: Past, Present, and Future. *JMA Journal*, **2**, 67-69.
 - [18] Laing & Buisson (2001) Care of Elderly People: Market Survey 2001. Laing & Buisson.
 - [19] Wiener, J.M., Tilly, J., Howe, A., *et al.* (2007) Quality Assurance for Long-Term Care: The Experiences of England, Australia, Germany and Japan. *Quality Assurance*, **5**.
https://www.academia.edu/82369199/Quality_assurance_for_long_term_care_The_experiences_of_England_Australia_Germany_and_Japan
 - [20] Rhee, J.C., Done, N. and Anderson, G.F. (2015) Considering Long-Term Care Insurance for Middle-Income Countries: Comparing South Korea with Japan and Germany. *Health Policy*, **119**, 1319-1329.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.06.001>