

# 长护险撬动医保和商保协同 推动医疗保障提质增效

●金春林 王嘉韵

近日,《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》(以下简称《意见》)正式发布。历经十年地方试点探索,被誉为社保“第六险”的长期护理保险(以下简称长护险)迈入全面建制的新阶段。

当前,我国多层次医疗保障体系建设正处于由“扩面”向“提质”、由“分项推进”向“系统协同”转型的关键时期。随着人口老龄化程度持续加深,失能失智风险日益凸显,群众对医疗保障的需求已从疾病治疗费用的补偿,逐步拓展至长期照护、康复护理等领域。

在此背景下,长护险制度价值持续提升,基本医保与商业健康保险(以下简称商保)协同的现实意义更加凸显。上海、山东、江苏、浙江等地的实践表明,以长护险为支点、强化医保与商保协同,正成为推动体系提质增效的重要路径。

## 长护险拓展多层次 医疗保障体系的制度边界

多层次医疗保障体系建设,本质是对健康风险变化与民生保障需求升级的制度回应。

长期以来,我国医疗保障制度在减轻群众疾病经济负担上成效显著,但尚未充分覆盖失能照护等新型风险。长护险的意义不在于简单增加一个险种,而在于将长期照护风险纳入制度化保障范围,推动医疗保障从“病有所医”向“失能有护”延伸。这既拓展了保障边界,也使保障理念从以治疗为中心逐步转向治疗、康复、护理、照护相衔接的综合性安排。

《意见》的发布,标志着长护险从地方试点走向全国统一框架,为其进一步规范发展奠定了制度基础。

## 地方实践为长护险全面建制 积累了重要经验

回溯过去十年的探索路径,地方实践为长护险制度成型提供了坚实支撑。不同区域基于经济发展水平与人口结构差异,形成了各有所长的做法,

为国家层面完善制度设计、优化治理机制提供了现实依据。

上海从试点之初就坚持城乡统筹、统一模式,构建了评估、服务、经办、支付、监管五大制度体系。其创新点包括:依托5000多名家庭医生建立客观专业的统一需求评估机制,严把制度“入口关”;发展以护理站为核心、医养结合的服务网络,培育了近1200家机构和6万人的专业队伍;综合运用人脸识别、GPS定位等技术实现智慧监管,保障基金安全;推动“服务+科技”融合,引导人形机器人等前沿科技布局,支持护理服务品牌化、连锁化发展。

山东的试点经验可概括为“起步早、广覆盖、多元化、全链条、数字化”。制度上,2012年青岛市率先探索,2014年开展省级试点,2021年实现职工长护险16市全覆盖,2022年推行居民长护险。服务上,创新推出“家护”“院护”“专护”等多元形式,每年近30万失能人员享受待遇。经办上,建成省级统一信息系统,实现数据集中与高频事项网办,逐步向“数智治理”转型。

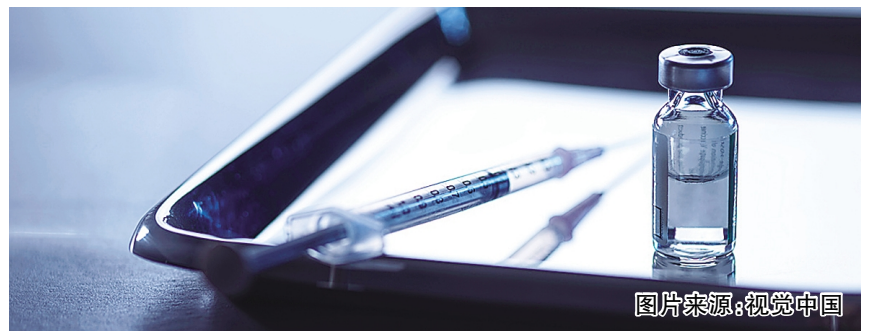
江苏紧抓覆盖全域、多元筹资、评估标准、独立运行、精细管理等关键事项,按“试点先行、经验推广”思路,2023年底实现设区市全覆盖。

浙江通过推行“多评合一”改革,整合医保、民政、残联等多部门评估流程,实现“一次申请、一次评估、结果互认”,大幅压减办事次数和材料。依托“浙里办”等平台实现参保、申请、评估全流程线上办理,并创新推出异地照护服务,打破待遇享受的地域限制。

## 长护险深化发展与医保商保 协同仍面临现实约束

尽管《意见》明确了全国统一的长护险制度框架,但从试点迈向全面建制,并与医保、商保实现深度协同,仍面临多重现实约束。

一是制度统一与地方差异的平衡难题。国家层面确立了统一框架,但各地在筹资、评估、待遇等关键参数上差异显著。如何在统一原则下,允许地方



图片来源:视觉中国

因地制宜并逐步推动关键环节的规范衔接,是保障制度公平可持续的基础,也关系到商保产品的可推广性。

二是稳定可持续的多元筹资机制尚未健全。尽管近期出台的实施方案明确了多元筹资的顶层设计,但多数地区的筹资仍主要依赖医保基金划转和财政补贴,个人与企业缴费的责任共担机制尚未充分落实。从“有框架”到“稳运行”,仍需解决费率动态调整、缴费标准合理设定、缴费可持续性等操作难题。

三是专业规范的服务供给存在明显短板。全国长期护理服务市场仍处于发展初期,专业机构数量不足、布局不均,居家社区服务网络薄弱,专业护理人员缺口巨大且流失率高。照护服务标准、质量与定价机制不完善,直接影响待遇兑现和民众获得感,也限制了商保在补充型护理险上的开发空间。

四是基本医保、长护险与商保的协同深度不足。目前协同多停留在经办层面,在保障内容互补、风险共担等方面进展有限。部门间存在数据壁垒,政策衔接不畅。此外,风险识别工具和基础数据缺乏、激励不足,制约了商保开发精准对接照护、康复等高需求创新型产品的能力。

## 以制度衔接与服务整合 推动体系提质增效

立足长护险全面建制的新阶段,多层次医疗保障体系建设的重点应从增加制度层次转向增强制度协同。

一是健全长护险核心制度框架。完善全国统一的失能评估标准、待遇清单和支付管理办法,推动跨区域互认。在统一框架下,允许地方根据经济发

展水平和人口结构,在资金筹集、待遇基准、参保激励约束机制等方面保留适度弹性。

二是完善和落实多渠道筹资机制。不同群体基准费率与待遇标准的设置应体现权责对等原则,落实多样化扣缴方式;细化中央财政和地方财政分担比例;明确过渡期内医保基金划转上限。

三是加快长期护理服务体系建设。大力培养护理服务人才,推动职业院校开设老年护理专业,落实养老护理员职业技能等级认定和薪酬激励政策。完善居家、社区、机构相衔接的服务网络,支持社区嵌入式养老机构和家庭养老床位发展。推动长护险与养老服务、康复护理、医养结合等政策衔接,实现保障对象、服务资源与政策的整合。

四是深化基本医保、长护险、商保的协同。专业医疗由医保保障,失能照护由长护险支付,个性化服务由商保补充。鼓励商保机构开发衔接长护险保障范围的补充护理险,共同参与失能预防、健康管理等前置服务,或针对高额失能护理费用开发风险分担产品。政府部门可通过数据支持、税收优惠、加快一站式结算等方式予以引导,最终构建政府保基本、市场作补充、社会共参与的保障生态。

长护险从十年试点走向全面建制,拓展了健康风险覆盖边界;医保与商保协同的不断完善,有助于提升体系整体运行效能。面向人口老龄化持续加深的新形势,应坚持体系思维,强化制度衔接,注重服务整合,推动多层次医疗保障体系不断走向成熟,更好服务“健康中国”建设和民生保障大局。

(作者单位:上海市卫生和健康发展研究中心)