

长期护理保险落地观察：现状、问题与监管趋势

作者：卢意光 | 张颂淇

引言

3 月 25 日，中共中央办公厅、国务院办公厅正式印发了《关于加快建立长期护理保险制度的意见》。该文件明确了我国将用三年左右时间基本建立长期护理保险(以下简称“长护险”)制度的时间表，并确立了长护险覆盖全民、统筹城乡、建立基本费率制度等基本路线。

我国人口老龄化程度持续加深。国家统计局数据显示，截至 2025 年末，我国 60 岁及以上人口已达 3.23 亿，占总人口的 23%¹；同时，根据国家卫健委数据，2023 年底，全国失能、失智老人已达 4500 万人²。如果按此计算，至少平均每 7 名老年人中就有 1 人需要长期护理服务。与此同时，家庭结构日趋小型化，传统的家庭照护模式难以为继。高昂且长期的专业护理费用远超普通家庭承受能力，这不仅迫使大量青壮年劳动力回归家庭，导致家庭陷入“高支出、低收入”的困境，也对照护者身心健康造成持续损耗。在此背景下，失能群体对外部制度化照护的需求高涨。“一人失能”引发的家庭失衡，已成为亟待国家构建风险分担机制来应对的重大社会痛点。

为此，独立于传统五险的“第六险”——长护险应运而生，旨在通过社会化筹资机制实质性分担经济压力并释放劳动力。自 2016 年启动试点以来，我国已展开多元化政策探索。

基于此，本文结合政策演变进程与实证数据，梳理长护险运行现状，深度剖析其在顶层立法设计、筹资可持续性与基金合规监管等维度的症结，并探讨构建“保障与规范并重”的长护险法治新框架，以为行业合规治理与未来专项立法提供理论与实务参考。

.....
如您需要了解我们的出版物，
请联系：

Publication@llinkslaw.com

1 国家统计局：《中华人民共和国 2025 年国民经济和社会发展统计公报》
https://www.stats.gov.cn/sj/zxfb/202602/t20260228_1962662.html(访问时间：2026 年 3 月 31 日)

2 央视网：《惠民利民，覆盖 1.8 亿人！长护险减轻失能老人家庭经济负担》
<https://news.cctv.com/2024/10/28/ARTIntFFzEUBvsFadEL5wNjl241028.shtml>(访问时间：2026 年 3 月 31 日)

一、长护险实施现状

(一) 政策基石与顶层设计：从“依规运行”走向法定化探索的过渡期

当前，我国长护险尚未形成高位阶法律支撑，现行长护险的合规与监管体系仍依赖于部门规章与地方规范性文件，呈现出“依规运行”的典型特征。基于此，本文对现存长护险法律依据进行了系统梳理，其合规基准主要由以下两个维度构成：

其一，2026年4月1日正式施行的《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则》(国家医疗保障局令第7号)，为长护险基金违规行为提供了统一的行政处罚核心依据。其在附则中明确规定“长期护理保险基金参照本细则执行”，从而在法理上将长护险违规与基本医保欺诈骗保纳入统一的监管框架，为医保行政执法部门适用“退一罚二至五”、解除服务协议等处罚提供了规章依据。

其二，依托《长期护理失能等级评估标准(试行)》(医保办发〔2021〕37号)制定的《长期护理保险失能等级评估管理办法(试行)》(医保发〔2023〕29号)及《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)这两部核心规章，规范了评估与护理机构的准入及退出机制，明确机构造假将面临取消定点资格的顶格处罚。另一方面，最新印发的《国家长期护理保险服务项目目录(试行)》(医保发〔2025〕24号)统一了基金可支付的具体项目，从源头上划定了定点机构提供实体服务的合规边界。

(二) 资金来源：试点城市的三大筹资方式

在目前全国试点城市的实际操作中，受各地医保基金结余能力和地方财力的差异影响，以“资金独立化程度”为标准，形成了三种典型模式：

第一种是单一医保依附型模式。多见于上海等早期试点或医保结余较丰厚的地区。其地方规章规定，长护险资金来源于基本医保基金的内部结构性结转，即直接从职工医保统筹基金和个人账户中划拨，用人单位和个人无需额外缴费。

第二种是多元混合过渡模式。覆盖了绝大多数试点地区，是目前试点城市中主流的“双轨制”形态。其典型特征是对不同参保群体实行差异化筹资：针对城镇职工，仍依赖医保个账代扣与统筹基金划转；针对城乡居民，则严格确立了“个人定额强制缴费加地方财政补贴”的独立筹资机制。

第三种是全流程独立建账征缴模式。在原有的试点阶段，受《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》(医保发〔2020〕37号)中“起步阶段不增加单位负担”的政策限制，目前暂无试点城市完全达到此标准。然而，根据近日发布的《关于加快建立长期护理保险制度的意见》要求，长护险基金将建立全国统一基准费率，和基本医保一体筹资，分别建账，分

别管理。这意味着长护险“基金独立建账管理”已成为全国统一制度的规范性要求，而试点时期探索的多种筹资模式将在未来几年内，逐步向这一国家框架过渡并轨。

截至当前，国家长期护理保险制度试点城市共计 92 个³。需要说明的是，尽管试点范围已扩大，但早期《指导意见》明确的 49 个城市名单公开，政策数据更为系统完整，具有可比性。因此，下表基于《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》(医保发〔2020〕37 号)中明确的 49 个试点城市⁴，对三种筹资模式的核心特征与分布情况进行对比梳理：

筹资模式分类	核心特征与现状	涵盖的具体试点城市名单（共 49 城）
单一医保依附型模式（3 城）	资金直接从职工医保统筹基金和个人账户中划拨	广东省：广州市
		浙江省：宁波市
		上海市
多元混合过渡模式（46 城）	针对城镇职工，依赖医保个账代扣与统筹基金划转； 针对城乡居民，确立了“个人定额强制缴费加地方财政补贴”的独立筹资机制	直辖市及市辖区：重庆市、天津市、北京市（石景山区）
		山东省（16 个）：济南、青岛、淄博、枣庄、东营、烟台、潍坊、济宁、泰安、威海、日照、临沂、德州、聊城、滨州、菏泽
		吉林省（6 个）：长春、吉林、通化、松原、梅河口、珲春
		江苏省（2 个）：苏州、南通
		其他省份城市（19 个）：承德、齐齐哈尔、安庆、上饶、荆门、成都、石河子、晋城、呼和浩特、盘锦、福州、开封、湘潭、南宁、黔东南州、昆明、汉中、甘南州、乌鲁木齐
全流程独立建账征缴模式（0 城）	建立全国统一基准费率，和基本医保一体筹资，分别建账，分别管理	目前暂无城市完全达到此标准

3 国新办举行新闻发布会 介绍加快建立长期护理保险制度有关情况
https://www.nhsa.gov.cn/art/2026/3/26/art_14_20034.html(访问时间: 2026 年 3 月 27 日)
4 《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》
https://www.nhsa.gov.cn/art/2020/9/16/art_104_6498.html(访问时间: 2026 年 3 月 27 日)

(三) 待遇主体的准入条件

结合现行政策法规，长护险的具体准入条件可归纳如下：

其一，严格失能状态评估。依据《长期护理保险失能等级评估管理办法(试行)》(医保发〔2023〕29号)，参保人必须通过规范、统一的失能状态鉴定获取资格。根据《关于加快建立长期护理保险制度的意见》，长护险制度起步阶段全国统一保障“重度失能”人员。然而，在过去试点城市具体实操中，部分地区已将待遇主体实质性扩展至“中度失能”及“重度失智”(即认知能力重度受损)人群。下表基于《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》(医保发〔2020〕37号)中明确的49个试点城市，对长护险待遇主体扩围情况进行对比梳理：

49个试点城市长护险待遇主体扩围情况对比表		
待遇主体扩围情况	核心政策差异	49个试点城市中的典型代表
已扩大待遇主体	在保障重度失能者的基础上，将中度失能人员，或者认知能力重度受损人员也纳入了长护险的评估与给付范围	青岛、南通、苏州、成都：既保中度失能人员，同时涵盖认知能力重度受损人员
		上海、上饶：将中度失能人员纳入保障。
		广州、北京（石景山区）、济南、宁波、长春、荆门：将认知能力重度受损人员纳入保障范围。
未扩大待遇主体	仅限重度失能人员可享受长护险待遇。中度失能人员和单纯的认知能力受损人员目前暂无法享受长护险待遇。	重庆、天津、安庆、承德、齐齐哈尔、福州、南宁、昆明、晋城、盘锦、湘潭、汉中、呼和浩特、乌鲁木齐等。

其二，严禁“同类护理”的医保基金双重支付。当待遇享受主体进入医疗机构住院治疗期间，其长护险待遇须依法暂停，相关医疗与护理费用由基本医保统筹支付；待出院转为居家或养老机构照护后，方可恢复长护险给付，以此切断基金被双重套取的风险。

(四) 实践中长护险照护的三大落地模式

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)及相关地方政策，长护险待遇不直接发放现金，而是主要通过以下三种实体照护模式实现：

首先是定点机构照护。参保人入住与医保部门签约的定点养老机构或护理院，接受全天候专业照护。在合规层面，长护险基金通常实行“床日定额”支付符合规定的护理服务费用，不涵盖床位费和伙食费。

其次是居家机构照护。参保人选择居家养老，由定点护理机构根据评估结果，定期指派专业护理人员上门，提供洗浴、翻身、压疮护理等目录内标准化服务。该模式也是医保执法部门监管的重点领域。

最后是居家亲情照护，在过去的试点阶段，部分试点城市探索了此路径。经培训合格的失能人员家属可作为“护理员”提供照护，基金向其发放护理补贴。为控制风险，该模式要求家属挂靠在定点机构名下，接受其统一派单管理与质量监督，以避免补贴脱离监管普遍发放。

关于三种照护模式对比，如下表所示：

照护模式	解决的问题	基金给付标准
定点机构照护	提供全天候专业照护，满足重度失能人员入住养老机构或护理院的长期护理需求。	按床日定额支付符合规定的护理服务费用，不涵盖床位费和伙食费。
居家机构照护	由定点护理机构定期指派专业人员上门，提供洗浴、翻身、压疮护理等目录内标准化服务。	以“服务给付”形式结算给机构，按评估结果和服务目录执行。
居家亲情照护	经培训合格的家属作为“护理员”提供照护。	发放护理补贴。

二. 长护险目前存在的问题

(一) 立法缺位下的“同命不同价”：试点城市的保障鸿沟与非试点城市的碎片化

当前，我国长护险尚未出台全国统一的专门法律或行政法规。在这种顶层立法缺位的情况下，同为重度失能群体，仅因户籍或居住地不同，便面临着差异较大的待遇标准。下表基于《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》(医保发〔2020〕37号)中明确的49个试点城市以及其他非试点地区长护险的推行现状，将其直观地划分为“三大阵营”进行对比分析：

对比维度	第一阵营：全民覆盖型试点城市（以上海、成都为代表）	第二阵营：仅覆盖职工型试点城市（以安庆为代表）	第三阵营：非试点城市（以深圳为代表）
城市名单	共 36 城：上海、广州、成都、宁波、北京（石景山区）、长春、青岛、济南、呼和浩特、乌鲁木齐、苏州、南通、上饶、荆门、开封、黔西南州、石河子、吉林市、通化、松原、梅河口、淄博、枣庄、东营、烟台、潍坊、济宁、泰安、威海、日照、临沂、德州、聊城、滨州、菏泽、珲春	共 13 城：重庆、天津、福州、南宁、昆明、安庆、承德、齐齐哈尔、晋城、盘锦、湘潭、汉中、甘南藏族自治州	全国非试点地区：如深圳等
保障形式与底层逻辑	相对成熟的“第六险”	仍依附于基本医疗保险体系，尚未实现城乡统筹	依赖地方财政拨款，民政、卫健、残联等多部门交叉管理。
覆盖人群范围	城镇职工与城乡居民均纳入保障范围	仅限城镇职工	特定困难群体为主
待遇给付与服务供给	基金充裕，报销比例高，服务形式丰富。	受限于基金池规模，报销限额和服务总时长逊色于第一阵营。	以现金补贴或零星服务为主，给付金额较低。
跨阵营维度的“同命不同价”	能以较低成本获取稳定、专业的长效照护，减轻了失能患者家庭负担	虽同在试点名单，但这里的非职工重度失能人员只能自掏腰包	救助模式无法完全替代保险效能，失能家庭获得感低。

结合表格，这种显著的“同命不同价”现象具体表现为以下两个维度：

其一，在已推行长护险的试点城市中，因覆盖人群范围不同而分化为两大阵营。以上海、成都为代表的“第一阵营”城市已建立相对成熟的“第六险”，实现了城乡统筹，基金充裕且报销比例高，失能家庭能以较低成本获取稳定照护。然而，以安庆为代表的“第二阵营”城市仍只能依附职工医保，将庞大的城乡居民及农村失能群体排除在外，导致同为重度失能患者，非职工群体只能面临“保障缩水”甚至纯自费的困境。

其二，是试点地区与非试点地区的分化，非试点地区的碎片化服务无法替代长护险效用。以拥有较强财政实力的深圳为例，因尚未建立社会保险性质的长护险制度，针对失能老人的照护仍依赖民政、卫健、残联等部门的福利性质补贴，覆盖面窄、给付金额低，无法覆盖重度失能家庭高昂的长期护理费用。这种分化深刻印证了地方拼凑式福利模式无法抵御老龄化带来的长期护理风险，凸显了在全国层面建立长护险制度的重要性。

(二) 筹资机制的落地面临挑战

长护险平稳运行的基础在于建立独立于基本医疗保险的筹资机制。然而，结合当前试点的筹资现状来看，不同路径在实务中仍存在一定问题：

一方面，“医保依附型”模式存在资金透支风险。在上海、广州等地区，长护险资金仍高度依赖基本医保统筹基金与个人账户的结构性划拨。在基本医保自身面临老龄化收支压力的背景下，这种缺乏独立费源的模式实质上构成了对医保存量资金的挤占，令长护险抵御老龄化高峰的独立抗风险能力相对较弱。

另一方面，确保独立、可持续的筹资机制在全国平稳落地，是长护险制度从蓝图变为现实的重要挑战。在从政策框架向各地实操转化的过程中，仍面临现实考验：其一，企业成本敏感性与制度转型的平衡。尽管国家设计了费率平移方案以缓解企业新增负担压力，但在经济下行压力下，任何社保成本的调整仍需审慎评估。其二，法律保障的时滞。目前具体的分担比例主要依靠政策性文件规范，尚未经由国家立法强制固化，这在一定程度上影响了制度预期的稳定性和刚性。

(三) 人口流动下的“异地长护险”结算壁垒

随着人口跨区域流动常态化，随子女异地养老人数上升，但长护险的异地结算仍面临着供需两端的突出矛盾。

在参保群众端，政策壁垒导致随迁老人面临保障断点。实务中存在大量参保地与居住地分离的情况，由于各省市失能评估标准不互通、服务目录不衔接且申请渠道模糊，真实失能的老人一旦离开参保地，长护险待遇往往被直接熔断。

在医保监管端，高昂的跨区域稽核成本是掣肘长护险全国联网的重要壁垒。如下表对比所示，与医保异地就医不同，长护险以居家上门等去中心化的非标化劳务为主，其审核依赖实地走访、入户抽查等物理稽查手段，这种由服务属性决定的高异地稽查成本，制约了长护险资金清算的全国互联互通。

维度	基本医疗保险	长期护理保险
服务载体	依托医院系统及国家医保信息平台。	以居家上门等离散型非标准化劳务为主。
触发机制	凭医嘱、处方、化验单等客观依据触发。	依赖专家实地入户评估，除部分试点区域外，尚未实现全国普遍跨区互认。
标准化程度	高；药品、耗材、手术均有国家统一编码。	低；正逐步推进代码化，但实操中仍以非标准化劳务为主
稽核逻辑	侧重于大数据筛选异常指标，侧重事后审核。	依赖实地走访、GPS 打卡及入户抽查。
资金清算	国家平台统一清分，就医地先行垫付，参保地按月清算	属地手工报销，缺乏跨区域资金清算通道。

(四) 准入评估的实操障碍与退出动态管理缺失

在准入端，真实失能患者面临申请障碍：一方面，评价维度存在逻辑悖论。各地经办机构普遍将病情稳定作为受理前置条件，导致晚期肿瘤、神经系统退行性疾病等病情复杂且呈进行性恶化特征的重症患者因不符合行政审核字面要求而被排除在外；另一方面，主体责任存在职能边界冲突。临床医生受到《中华人民共和国医师法》的执业范围限制，仅具有证明疾病状态的职权，而无权跨界开具属于第三方评定范畴的“失能等级鉴定”。这种规则上的互不兼容，实质性抬高了危重症群体的准入门槛，导致大量真实失能患者被挡在制度门外，也反映出长护险准入环节亟需引入针对重症群体的评估机制和行政裁量标准。

在退出端，动态复核机制滞后，导致长护险基金面临持续的无效损耗：部分参保人在经过阶段性医疗康复后，其日常生活活动能力(ADL)可能已实质性改善，不再符合长护险的给付标准。然而，当前多数统筹区尚未建立起灵敏的待遇终止与复核程序，呈现出“只进不出”的管理盲区。这种监管断层使得部分已康复人员仍能长期占用有限的长护险资源，不仅违背了制度设计的初衷，更直接加剧了医保基金的支付风险。

(五) 结合处罚数据分析长护险反骗保欺诈监管盲区

与传统基本医保的集中式监管不同，长护险以居家上门等非标准化实体服务为主。这种分散且具有隐蔽性的服务场景，给基金监管带来了巨大挑战。下表所涉行政处罚案例数据，来源于威科先行行政处罚数据库及各试点地区医疗保障局自长护险试点政策实施以来发布的关于定点机构违规行为处理情况通报。在检索策略上，本文以“长护险”为关键词进行初步检索，并进一步对结果进行人工清洗，筛选出有效的行政处罚样本共 74 件。当前长护险定点机构的违法违规态势

具体如下：

违法类别	违法行为	案件量	类别总计
一、基金欺诈类违规	虚构医药或长护险服务项目	31	47
	伪造、变造电子信息、会计凭证及服务台账	13	
	利用他人身份开展服务	3	
二、基金损失类违规	多头重复申报与违规获取多重基金	23	40
	违反医疗保障价格与收费政策	10	
	串换服务项目，超范围结算	7	
三、管理规范类违规	未按照有关规范提供服务	31	58
	违反医保服务协议中的凭证与信息管理规定	23	
	其他违反医保定点机构管理办法行为	4	

根据上表行政处罚数据，当前长护险在运行模式与监督机制上暴露出诸多盲区，具体表现为以下两个方面：

其一，定点机构照护在实际运行中存在规范漏洞。结合行政处罚数据可知，定点机构“未按照有关临床/护理规范提供服务”及“伪造、变造电子信息、会计凭证及服务台账”的案件量居高不下。这充分表明机构在把控照护质量、规范日常服务台账等方面流于形式，未能严格履约，客观上反映了定点机构照护实践过程中的监管盲区。

其二，高度分散的“居家机构照护”与“居家亲情照护”模式具有隐蔽性，沦为基金欺诈的高发区。结合上表数据，由定点机构主导的“虚构长护险服务项目”（如常见的“空刷打卡”）、“多头重复申报”以及“伪造变造服务台账”等，已成为实务中的高发违规行为。除此之外，此类机构违规频发也折射出“居家亲情照护”的隐患：在该模式下，家属必须挂靠定点机构接受派单管理，若机构自身的日常监督形同虚设甚至同流合污，极易滋生机构与家属串通、利用虚构服务或重叠申报套取基金补贴的潜在风险。

(六) 基层长护网络服务供给不足

长护险的制度初衷之一，是引导失能群体从高等级医疗机构有序转向社区与居家照护，以协同推进国家“分级诊疗”战略。然而在实务中，受制于基层专业护理人员短缺及运营利润微薄，社区长护服务机构的承接能力仍存在不足。据国家医保局数据，2025 年全国长期照护师人数仅超

1 万人⁵；同时，根据国家卫健委数据，2023 年底，全国失能、失智老人已达 4500 万人⁶。如果按照 1:4 的国家标准配置护理人员推算，潜在护理人才需求超过千万量级。这一供需矛盾导致大量本应转入基层的重度失能患者，依然以“社会性住院”的形式长期滞留于高等级医院，持续挤占优质医疗资源。

三. 监管趋势

(一) 推进专门立法，夯实制度根基

长期护理保险作为社保“第六险”，其独立、稳定的法律地位是社会保险制度长远发展的基石。当前，因长护险未被纳入《医疗保障法(草案)》，其立法进程仍待推进。尽管《关于加快建立长期护理保险制度的意见》已为全国统一建制提供了顶层设计，但正如全国人大代表、北京市信利律师事务所首席合伙人阎建国在接受媒体采访时表示，由于缺乏全国统一的法律法规支撑和系统性制度设计，长护险推行过程中仍存在诸多突出问题，急需通过立法完善统一推进。阎建国建议，尽快制定长护险法律法规，明确法律定位、基本原则、适用范围和管理体制，将长护险确立为与养老保险、医疗保险并列的独立社会保险险种。同时，以立法为基础，制定全国统一的长护险实施细则，着力破解试点政策碎片化问题，推动实现失能评估标准、筹资标准、待遇支付标准、经办服务标准、信息系统标准等方面的统一。⁷

(二) 优化照护模式，完善进退机制

各地在长期护理保险制度落地过程中，围绕服务供给、质量监管、异地结算与动态退出等关键环节，形成了若干具有代表性的政策探索与实践模式。下表从定点机构照护优化、居家照护提质增效、跨地区亲情照护、动态评估与退出机制四个维度，对相关地区的创新举措与解决痛点进行了系统梳理，为后续模式优化提供实证参照：

5 人民网：《国家医保局：2025 年全国长期照护师已超过 1 万人》
<http://health.people.com.cn/n1/2026/0326/c14739-40689485.html>(访问时间：2026 年 3 月 31 日)

6 央视网：《惠民利民，覆盖 1.8 亿人！长护险减轻失能老人家庭经济负担》
<https://news.cctv.com/2024/10/28/ARTIntFFzEUBvsFadEL5wNjl241028.shtml>(访问时间：2026 年 3 月 31 日)

7 第一财经官方微信公众号：《从“加快建立”到“推行制度”，长护险全国建制如何破局提质》
<https://mp.weixin.qq.com/s/hNB1rcQpKoEaVY9fBaN0SA>(访问时间：2026 年 3 月 30 日)

政策分类 维度	探索 省市	政策亮点与核心实操措施	解决的实务痛点
一、定点 机构照护 优化	陕西 汉中	探索“院内流转模式”，建立突发急症时的快速响应机制，实现长护险与临床医疗病床的平稳切换	解决“社会性压床”问题，为重症群体打通绿色通道
	上海 普陀区	推动护理院与社卫中心毗邻建设，并在养老院内部署互联网医院终端，实现老人在院内在线复诊、开药与长护险一站式结算	解决高龄失能老人往返医院的折腾
二、居家 照护提质 增效	天津 市	规范1名护工统筹照护5至10名相邻患者，依据“定时段、频次化”盘活人力	解决专业护工数量短缺、服务效率低下的问题
	青岛 市	引入“智能辅具租赁”，将电动护理床等智能辅具租赁费用纳入长护险支付目录	提升居家照护效率，提供硬件支持
	甘肃 省	强制引入护工信用档案与星级评级，违规操作实行“黑名单”禁入	通过信用监管提高居家照护质量
	福州 市	在偏远区域设立服务点，依托远程监测与视频指导技术，将专业上门照护延伸至偏远乡村	破解偏远山区失能老人“有险无护”的困局
三、跨地区 亲情照护	江苏 扬州	允许“异地亲情照护补助单独结算”，对随迁异地且机构无法派单的失能者，在持证与数字监管前提下，允许申请亲属照护补助结算	解决随迁老人异地照护难、跨省报销壁垒高的问题
四、动态 评估与退 出机制	江苏 泰州	明确医保部门发现参保人因病情好转导致失能状态变化时，必须重新评估	解决患者康复后依然占用基金的问题

长护险的履约本质是服务给付，为实现资源效能最大化与基金的长效均衡，现存的三大落地模式可结合上表所示的前沿政策探索进行优化：

第一，定点机构照护。在服务供给端，可突破病情稳定的准入限制，为晚期肿瘤等需持续医疗介入的重症群体建立医院到机构的绿色通道，引导机构向“重症化、专精化”转型。在服务模式上，可借鉴陕西汉中的“院内流转”模式，构建突发急症的快速响应与长护险待遇、临床床位间的平稳切换机制；并参照上海普陀区“物理连廊+互联网医院”的实践经验，通过空间毗邻与线上诊疗融合，实现医养足不出户。

第二，居家机构照护可借鉴现有政策探索，以改善护工短缺与服务非标困境。在运营模式上，可借鉴天津市“集约化分组照护”模式，以1名护工统筹照护5-10名相邻对象，提升人力配置效率；在技术赋能上，可引入青岛市“智能辅具租赁”进入支付目录的方式，以硬件提升照护质量和效率；在质量与信用监管层面，需构建刚性的约束体系：一方面，可建立如甘肃省的护工星级评定与“黑名单”制度，强化行业自律；另一方面，可借鉴福州市的“数字赋能”实践，在偏远地区布设服务点并利用远程监测技术，从根本上打破地理阻隔，确保服务可及性。

第三，居家亲情照护可作为化解异地结算壁垒的有效抓手。可借鉴江苏扬州允许“异地亲情照护补助单独结算”的做法，为随迁异地、机构无法派单的参保人开辟持证亲属提供照护并结算补助的渠道；同时，在省级或国家层面，针对亲情照护这一特殊模式，可尝试研究制定专门的异地认定与资金结算协调机制，以保障随迁老人的基本照护权益。

第四，建立常态化动态退出机制，确保基金精准用于持续失能人群。针对康复后患者退出难的问题，可尝试构建数据驱动的动态监测体系。如江苏泰州明确医保部门在参保人失能状态变化时必须启动重评，依托医保与医疗大数据平台设立“康复触发指标”；也可借鉴福建省“五维复评”与费用杠杆约束机制，在期末、状态变更、争议、抽查、稽核等场景下开展复评，并对不符合待遇标准的申请者实行评估费自负，从而借助经济杠杆防范恶意复议，畅通待遇退出渠道，确保基金精准用于持续失能人群。

(三) 数字化监管与异地协同

针对前文中提到的长护险反骗保欺诈骗监管盲区以及放开异地结算后极易出现的跨省监管盲区，监管机制须实现从事后人工查台账向事中大数据阻断的进化。

第一，推行数字化平台，实施穿透式非现场监管。医保与审计部门可尝试积极推行长护险数字化监管平台，在服务交付端全面引入地理位置围栏、动态人脸核身与服务过程防篡改上传系统。通过引入底层预警算法，精准筛查单名护工日均服务时长违背物理常识、服务设备高频切换及打卡轨迹异常重叠等疑点数据，以技术手段实现对定点机构和护工行为的事中风控与智能阻断。

第二，利用大数据建立跨省协同的异地稽核机制。面对随迁老人异地养老带来的监管空间跨度挑战，可利用大数据平台打通各统筹区之间的信息孤岛。通过建立跨省市协同的异地协查、协办与交叉稽核机制，将异地照护服务同步纳入统筹区的数字监控网络，从而彻底筑牢长护险基金安全的数字法治防线。

结语

长期护理保险作为应对老龄化社会结构性变化的“第六险”，其稳健运行关乎数千万失能家庭的切身福祉与宏观层面的社会资源平衡。随着《关于加快建立长期护理保险制度的意见》的出台，我国长护险制度正式迈入从区域性探索向全国统一建制全面过渡的关键落实期。

实现长护险的高质量与可持续发展，核心在于构建“保障与规范并重”的法治与运行框架。在顶层设计层面，稳步推进长护险的单独立法进程，有助于逐步化解当前的碎片化困境与“同命不同价”现象，确立更为公平的制度基础。在实务落地与基金监管方面，通过优化实体照护模式、完善动态评估与退出机制，并依托数字化手段探索跨区域协同监管，将有效提升资源的配置效能，防范运行过程中的合规风险。

总体而言，长期护理保险制度的完善是一项复杂的系统性工程。未来，随着相关法律法规的逐步出台、标准体系的统一以及监管技术的升级，长护险的各项运行机制将更趋成熟。这不仅有助于在法治轨道上切实化解失能群体的照护难题，也将为我国应对人口老龄化挑战提供更为坚实、规范的制度保障。

如您希望就相关问题进一步交流，请联系：



卢意光
+86 21 3135 8668
yiguang.lu@llinkslaw.com

如您希望就其他问题进一步交流或有其他业务咨询需求，请随时与我们联系：master@llinkslaw.com

上海

上海市银城中路 68 号
时代金融中心 19 楼
T: +86 21 3135 8666
F: +86 21 3135 8600

北京

北京市朝阳区光华东里 8 号
中海广场中楼 30 层
T: +86 10 5081 3888
F: +86 10 5081 3866

深圳

深圳市南山区科苑南路 2666 号
中国华润大厦 18 楼
T: +86 755 3391 7666
F: +86 755 3391 7668

香港

香港中环遮打道 18 号
历山大厦 32 楼 3201 室
T: +852 2592 1978
F: +852 2868 0883

伦敦

1/F, 3 More London Riverside
London SE1 2RE
T: +44 (0)20 3283 4337
D: +44 (0)20 3283 4323



www.llinkslaw.com



Wechat: Llinkslaw

本土化资源 国际化视野

免责声明：

本出版物仅供一般性参考，并无意提供任何法律或其他建议。我们明示不对任何依赖本出版物的任何内容而采取或不采取行动所导致的后果承担责任。我们保留所有对本出版物的权利。

© 通力律师事务所 2026