

工作论文

SSL Working Paper Series

WP No. 052-20181123

中国社科院世界社保研究中心 主办



这期刊发的《工作论文》是由王静曦、周磊撰写的《长期护理保险资金筹集与待遇支付政策探讨——基于全国 15 个试点城市的实施方案比较》，该文尚未公开发表。如引用，请注明出处并征得本实验室（世界社保研究中心）或作者本人取得联系——编者。

长期护理保险资金筹集与待遇支付政策探讨 ——基于全国 15 个试点城市的实施方案比较

王静曦

重庆工商大学 人口发展与政策研究中心

Email: wangjingxi211@hotmail.com

周磊

重庆工商大学 长江上游经济研究中心

Email: 605490649@qq.com

【摘要】长期护理保险是应对人口老龄化，解决失能人员基本生活照料，健全社会保障体系的一项重要制度安排。2016 年国家启动长期护理保险试点以来，15 试点城市根据当地经济发展水平、医保基金结余等因素制定了长期护理保险实施方案。不同城市在长期护理保险资金筹集与待遇支付方面存在差异。由

于资金筹集和待遇支付关系到长期护理保险的可持续性与公平性，因此受到学者和政策制定者的普遍关注。本文通过对 15 个试点城市长期护理保险资金筹集与待遇支付政策的梳理与比较，重点探讨了长期护理保险的筹资渠道、参保范围、筹资标准、支付条件以及支付水平等问题。并对长期护理保险实施过程中，参保范围是否覆盖居民、筹资来源是否独立筹资以及是否差别化补偿三个主要争议进行了讨论。最后，本文从明确长期护理保险定位、建立长效多元的筹资机制和水平适度的待遇支付机制三个方面提出相应的政策建议。

【关键词】 长期护理保险；资金筹集；待遇支付

一、引言

长期护理保险（后文简称“长护险”）是为长期失能人员基本生活照料，以及与基本生活密切相关的医疗护理提供资金或服务保障的社会保险制度¹。我国是世界上老年人口数量最多的国家。根据世界银行的数据，2016 年我国 65 岁及以上人口达 1.40 亿，占全国人口的 10.12%，全球每 5 个老年人中就有一个是中国老年人²。随着老龄化进程的加快，高龄老年人口占总人口的比重也在逐年提升。根据联合国 2015 年发布的《世界人口展望》报告，2015 年我国 80 岁以上高龄老年人口数为 2200 万，占人口总数的 1.6%；而到 2050 年我国 80 岁以上高龄老年人口数将达到 1.15 亿，占人口总数的 8.5%。一方面，随着老年人口、高龄老年人口占总人口比重的不断提升，以及人口预期寿命的提高，整个社会对养老、医疗以及基本生活照料的需求快速增长。另一方面，低出生率、低死亡率和低人口增长率的人口增长模式下，家庭规模的缩小，使得传统的家庭照料护理功能弱化，同时失能人员的社会支持系统还未正式建立，失能人员基本生活照料的有效供给不足。需求和供给的不平衡在失能人员照护问题中显得尤为突出，长护险的推出有助于缓解失能给家庭和个人造成的护理负担，提高失能人员的生存质量。

我国长护险制度的发展经历了从最初鼓励创新性探索，到明确制度建设的主体思路，再到全国性指导意见的颁布和地方实施方案出台的全过程。2006 年，

¹ 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，2016 年 6 月 27 日。

² 根据世界银行官方网站的数据，2016 年全球 65 岁及以上老年人口为 6.31 亿，我国 65 岁及以上老年人口占全球老年人口的比重为 22.19%。

中共中央国务院发布了《关于全面加强人口和计划生育工作统筹解决人口问题的决定》，在政府文件中首次提出探索建立长护险制度¹。2011年，国务院颁布了《社会养老服务体系规划建设规划（2011-2015年）》，提出我国社会养老服务体系已经具备了坚实的社会基础²。2014年，国务院颁布了《关于加快发展现代保险服务业的若干意见》（简称“国十条”），提出发展商业性长期护理保险³。2015年，“十三五”规划提出建立以居家为基础、社区为依托、机构为补充的多层次养老服务体系。《中华人民共和国老年人权益保障法（2015年修正）》为推进长期护理工作提供了法律层面的支持⁴。2016年，人力资源社会保障部颁布了《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》（后文简称《指导意见》），在全国选择了15个城市⁵开展长护险试点，并对试点城市长护险开展的目标、原则、主要任务和基本政策等进行了较为详细的论述。2017年国务院发布了《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划》，将完善养老保险制度、健全医疗保险制度和探索长护险制度作为健全完善社会保障体系的首要内容⁶。《指导意见》颁布后，15个国内试点城市陆续颁布、修订和完善了各自的长护险实施意见、方案和细则。虽然长护险的推出具有良好的政策基础，但由于各地经济发展水平、人口老龄化程度、养老服务供给、医保基金结余等存在差异，因此各试点城市在参保范围、资金筹集、支付条件以及待遇支付等方面没有形成统一的标准。

近年来，长护险受到越来越多国内学者的关注，现有研究主要集中在以下三个方面：一是介绍长护险开展的国外先进经验。张晏玮、孙健（2018）从制度设计、保费确定和税收优惠几个方面分析了美国的长护险制度⁷。刘芳（2018）通过对德国长护险制度的研究发现，德国建立长护险的主要原因是原有的医疗保险和社会救助无法满足长期护理需求⁸。马晶、袁文全（2018）从法律的角度研究

¹ 中共中央、国务院：《关于全面加强人口和计划生育工作统筹解决人口问题的决定》，中发〔2006〕22号，2006年12月17日。

² 国务院办公厅：《关于印发社会养老服务体系规划建设规划（2011-2015年）的通知》，国办发〔2011〕60号，2011年12月16日。

³ 国务院：《关于加快发展现代保险服务业的若干意见》，国发〔2014〕29号，2014年8月10日。

⁴ 参见《中华人民共和国老年人权益保障法（2015年修正）》第三十条。

⁵ 根据《指导意见》，15个试点城市包括安庆、成都、承德、广州、荆门、长春、南通、宁波、齐齐哈尔、青岛、上海、上饶、石河子、苏州、重庆。

⁶ 国务院：《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划》，国发〔2017〕13号，2017年2月28日。

⁷ 张晏玮、孙健：《美国长期护理保险实践及其对我国的启示——基于美国长期护理保险定价视角的分析》，《价格理论与实践》2018年第2期。

⁸ 刘芳：《德国社会长期护理保险制度的运行理念及启示》，《德国研究》2018年第1期。

了德国长期护理服务的质量监管问题¹。赵春江、孙金霞（2018）分析了日本长护险制度的改革变迁，所取得的成就以及面临的挑战²。陈诚诚（2018）从经济发展程度、文化、福利水平等几个维度对比了瑞德日韩四国长护险制度³。二是长护险的需求分析⁴。曹信邦和陈强（2014）较早研究了我国长护险的需求，并提出应建立以政府为主体的强制性公共护理保险制度。丁志宏（2016）实证分析了我国城市老人对长护险的购买意愿，发现城市老人对长护险的购买意愿并不高，且长护险存在较高的逆向选择风险⁵。赵娜和陈凯（2015）则从风险认知的角度分析了长护险的购买意愿⁶。陈冬梅和袁艺豪（2015）⁷、杜霞和周志凯（2016）⁸分别研究了上海市和榆林市长护险的购买意愿。以上学者主要研究的是商业性长护险的需求情况。三是长护险制度设计的探讨。赵曼和韩丽（2015）通过梳理文献发现，长护险制度选择可以分为社会保险为主体、商业保险为补充模式，商业保险模式，以及过渡型长护险模式三种⁹。刘建徽等（2017）提出要建立可持续发展的长护险制度。¹⁰

综上所述，虽然有关长护险的研究成果在不断丰富，但以往文献大多集中在《指导意见》出台以前，近期研究成果中缺少针对资金筹集和待遇支付的相关研究，而资金筹集和待遇支付将对长护险的可持续性和公平性产生重大影响。因此本文通过对 15 个试点城市长护险资金筹集与待遇支付政策进行梳理和对比分析，从中找到政策实施的共性以及独特做法，为建立和完善符合我国国情的长护险制度提供决策参考。

二、各地长护险资金筹集政策比较分析

¹ 马晶、袁文全：《长期护理服务质量监管机制研究——以德国法为例》，《西南民族大学学报(人文社科版)》2018 年第 1 期。

² 赵春江、孙金霞：《日本长期护理保险制度改革及启示》，《人口学刊》2018 年第 1 期。

³ 陈诚诚：《长期护理服务领域的福利混合经济研究——基于瑞德日韩四国的比较分析》，《社会保障评论》2018 年第 2 期。

⁴ 丁志宏、魏海伟：《中国城市老人购买长期护理保险意愿及其影响因素》，《人口研究》2016 年第 6 期。

⁵ 曹信邦、陈强：《中国长期护理保险需求影响因素分析》，《中国人口科学》2014 年第 4 期。

⁶ 赵娜、陈凯：《风险认知对长期护理保险购买意愿影响分析》，《保险研究》2015 年第 10 期。

⁷ 陈冬梅、袁艺豪：《人口老龄化背景下我国长期护理保险需求的分析:以上海市为例》，《上海大学学报(社会科学版)》2015 年第 6 期。

⁸ 杜霞、周志凯：《长期护理保险的参与意愿及其影响因素研究——基于陕西省榆林市的微观样本》，《社会保障研究》2016 年第 3 期。

⁹ 赵曼、韩丽：《长期护理保险制度的选择:一个研究综述》，《中国人口科学》2017 年第 9 期。

¹⁰ 刘建徽、周志波、叶珮西：《建设可持续发展的长期护理保险制度研究——基于国际国内比较分析》，《宏观经济研究》2017 年第 9 期。

（一）筹资渠道的比较分析

通过梳理试点城市的实施方案我们发现，长护险的资金来源包括基金、个人、财政等，而不同城市资金筹集会结合当地经济发展水平进行不同的组合。表 1 是试点城市长护险筹资渠道分布情况，其中所列均只包含实施方案中明确规定了出资金额的情况。

表 1 试点城市长护险筹资渠道比较

筹资渠道	试点城市
基金	安庆、成都、承德、广州、荆门、长春、南通、宁波、齐齐哈尔、青岛、上海、上饶、石河子、苏州、重庆
个人	安庆、成都、承德、荆门、长春、南通、齐齐哈尔、青岛、上饶、石河子、苏州、重庆
财政	成都、承德、荆门、南通、青岛、石河子、苏州
其他	石河子

注：表中“基金”指基本医疗保险基金统筹部分，“个人”指个人负担的缴费，“财政”指财政补贴，“其他”指福彩公益金或其他形式的社会捐赠等。下表同。

资料来源：根据安庆、成都、承德等 15 市长护险实施方案整理。下表同。

试点城市中长护险筹资主要来自医保基金、个人缴费和财政补贴。首先，15 个试点城市全都选择了医保基金作为长护险筹资渠道之一，并且个别城市（如广州）医保基金结余是其主要资金来源。其次，除广州、宁波、上海之外的其他 11 个城市在医疗保险基金的基础上增加了个人缴费部分。个人缴费主要有两种方式，一种是从城镇职工医保个人账户中划转，另一种是单独缴纳。单独缴纳主要适用于居民长护险的资金筹集。最后，成都等 7 个城市在实施方案中明确规定了财政补贴的金额，而石河子的资金筹集则在基金、个人、财政的基础上明确规定了每年 50 万元的福彩公益金支持。

个人账户划转是长护险资金筹集的重要渠道。除了广州、宁波、上海，其余试点城市均要求长护险的个人承担部分由职工基本医疗保险个人账户划转。这种模式一定程度上“盘活”了城镇职工的个人账户资金。部分城市，如荆门在实施细则中甚至规定“保障对象在定点服务机构发生符合规定的护理服务费用，其个人负担部分可用本人或直系亲属医保个人账户支付”。长护险的开展进一步实现了社会互助共济，提高了城镇职工基本医疗保险基金的总体运行效率。同时我们也要看到，对于没有个人账户的居民医保来说，受目前制度设计的限制，其个人部分需要居民自行缴纳。筹资渠道的不同可能进一步加剧职工与居民在长护险待遇支付上的差异。

（二）筹资标准的比较分析

1. 参保范围的比较分析

为了更好的了解长护险筹资标准，我们先对试点城市长护险的参保范围进行梳理。从现有 15 个试点城市最新的实施方案来看，长护险参保范围主要分为两类，一类仅覆盖职工，另一类覆盖职工以及居民。表 2 是不同参保范围的城市分布情况。

表 2 试点城市参保范围比较

参保范围	试点城市
职工	安庆、成都、承德、广州、宁波、齐齐哈尔、上饶、重庆
职工、居民	荆门（市辖区居民）、南通（市辖区居民）、长春（城镇居民）、苏州（城乡居民）、上海（城乡，60 岁及以上居民）、青岛、石河子

试点城市均覆盖了城镇职工，但荆门、长春等 8 个城市的参保范围在职工的基础上进一步覆盖了居民。除了荆门、苏州和石河子，其余几个覆盖职工和居民的城市都是较早进行长护险试点的城市，部分城市的长护险开展甚至在《指导意见》颁布以前，如青岛（2012 年）、上海（2013 年）、长春（2015 年）和南通（2015 年）¹。长期来看，长护险的发展应该逐步从城镇职工扩大到全体基本医疗保险参保人员。

开展居民长护险的城市对居民的范围进行了限定。只有上海、苏州在政策中明确“居民”指城乡居民，青岛、石河子在政策中并未明确居民的范围，而荆门、南通在政策中明确规定只覆盖市辖区居民，长春在政策中明确规定只覆盖城镇居民，即农村居民并不在当地长护险的参保范围内，试点阶段大部分城市农村失能人员的基本生活照料问题仍有待解决。

2. 筹资标准的比较分析

表 3 和表 4 分别是试点地区职工长护险的筹资标准和居民长护险的筹资标准。

表 3 试点城市职工长护险筹资标准比较

筹资渠道	筹资标准	地区
基金	20 元/人每年	安庆
个人	10 元/人每年	
基金	城职当月缴费工资基数为标准*0.3%	长春
个人	城职当月缴费工资基数为标准*0.2%	
基金	城职缴费基数*0.2%划拨（按月）	成都
个人	40 岁（含）：城职缴费基数*0.1%（按月）	
	40-退休前：城职缴费基数*0.2%（按月）	
	退休人员：城职个人账户划入基数*0.3%（按月）	
财政	城职退休人员数*城职（退休）个人账户划入基数*0.1%（按年）	承德
基金	参保人员（含退休）上年度工资的 0.2%	

¹ 朱铭来、郑先平：《我国长护险发展实践》，《中国金融》2017 年第 21 期。

个人	参保人员（含退休）上年度工资的 0.15%	
财政	参保人员（含退休）上年度工资的 0.05%	
基金	130 元/人每年	广州
基金	上年度居民人均可支配收入的 0.4%*25%	
个人	上年度居民人均可支配收入的 0.4%*37.5%	荆门
财政	上年度居民人均可支配收入的 0.4%*37.5%	
基金	城职当月缴费工资基数为标准*0.3%	
个人	城职当月缴费工资基数为标准*0.2%	长春
基金	30 元/人每年	
个人	30 元/人每年	南通
财政	40 元/人每年	
基金	城职保累计结余中安排 2000 万作为启动资金	宁波
基金	30 元/人每年	
个人	30 元/人每年（无个人账户从门诊统筹基金中划转）	齐齐哈尔
基金	城职缴费基数总额*0.5%，按月划转	
个人	城职个人缴费基数*0.2%，个人账户按月代扣	青岛
财政	30 元/人每年	
基金	单位缴纳基数*1%，按季度	上海
基金	30 元/人每年	
个人	40 元/人每年	上饶
单位	30 元/人每年	
基金	15 元/人每月	
财政	60 岁以上及、重度残疾 40 元/人每年	石河子
其他	50 万元每年，从福彩公益金支付	
基金	职工结余 70 元/人每年划转	
财政	50 元/人每年	苏州
基金	60 元/人每年	
个人	90 元/人每年	重庆

试点地区职工长护险有定额筹资和定比筹资两类筹资方法。定额筹资，即规定每人每年的具体筹资金额，如安庆 30 元/人每年，广州 130 元/人每年；定比筹资，即以工资或收入为基数，乘以一定比例作为长护险缴费，如长春以城镇职工当月缴费工资基数为标准，分别乘以 0.3%和 0.2%作为长护险筹资的基金部分和个人缴纳部分；荆门则按照上年度居民人均可支配收入的 0.4%筹集长护险基金，并按照基金承担 25%、个人和财政分别承担 37.5%的标准筹资。定额筹资在设计思路上比较接近我国城乡居民基本医疗保险的缴费方式，缴费标准不因个人收入和经济状况的不同而变化，简单易行，管理成本较低。定比筹资在设计思路上比较接近我国城镇职工养老保险和医疗保险的缴费方式，缴费基数随着经济增长、个人收入的增加而自发进行调节，并且在享受待遇一致的条件下，收入越高则缴费越高，体现了社会保险具有的转移支付功能。但由于缴费的基数在个人之间存在差异，并且基数会随经济增长而经常发生变化，因此按这种方式进行资金筹集有较高的管理成本。

各试点城市在筹资标准和筹资结构上存在较大差异。在筹资标准上，如安庆的筹资标准是 30 元/人每年（基金 20 元，个人 10 元），而重庆的筹资标准是 150

元/人每年（基金 60 元，个人 90 元），二者在缴费水平上相差 5 倍。筹资标准的差异反映了各地的经济发展水平，同时也反映各地医保基金结余情况。在筹资结构上，大部分地区职工长护险筹资构成中来自基金的部分大于个人部分。在 15 个试点城市中，只有荆门、上饶和重庆的个人缴费部分大于基金划转部分，南通、齐齐哈尔的个人缴费部分和基金划转部分相等，其余城市长护险基金的主要来源都是医保基金的划转。主要依靠现有医保基金划转的筹资方式能够在不加重参保人经济负担的基础上顺利推动长护险制度的实施，但长期来看这种模式不具有可持续性。此外，成都、承德、荆门、南通、青岛、石河子、苏州 7 个城市的筹资结构中都有财政补贴部分，财政的支持也是这些地区长护险筹资水平较高的主要原因。

表 4 试点城市居民长护险筹资标准比较

筹资渠道	筹资标准	地区
基金	按照不超过当年居民医保筹资总额的 10% 划转	青岛
基金	从居民医保统筹基金中按季度调剂资金	上海
基金	从城镇居民基本医疗保险统筹基金中按 30 元/人每年划转	长春
基金	城乡居民基本医疗保险统筹基金结余按 35 元/人每年划转	苏州
财政	50 元/人每年补助	
基金	(上年度居民人均可支配收入的 0.4%) *25%	荆门
个人	(上年度居民人均可支配收入的 0.4%) *37.5% (自行缴纳)	
财政	(上年度居民人均可支配收入的 0.4%) *37.5%	
个人	24 元/人每年缴纳 (自行缴纳)	石河子
基金	30 元/人每年	南通
个人	30 元/人每年 (自行缴纳)	
财政	40 元/人每年	

根据对表 4 的分析发现，居民长护险在筹资水平、资金来源等方面和职工长护险存在差异。第一，居民长护险的筹资水平低于职工长护险。例如苏州市居民长护险按照 85 元/人每年的标准筹集，而职工长护险的筹资标准为 120 元/人每年。第二，居民长护险的资金来源主要是来自居民医保统筹基金，7 个实施了居民长护险的城市中仅有 3 个城市需要居民自己缴纳部分长护险费用。第三，部分城市职工长护险和居民长护险的缴费标准一样。例如南通的缴费标准是 100 元/人每年，职工与居民的唯一不同在于居民的个人部分须由自己缴纳。

三、各地长护险待遇支付政策比较分析

(一) 支付条件的比较分析

各地根据基金承受能力和经济发展水平，确定了各自试点阶段的长护险支付

条件。通过梳理政策，各地长护险支付条件主要包括以下内容：长期失能导致生活不能自理，且经过不少于6个月的治疗，病情稳定，经过评估符合重度失能标准。部分城市还根据自身特点在支付条件上做了特殊规定，如青岛规定除了完全失能人员外，重度失智人员也在长护险支付条件内。

为保障医保基金安全，鼓励参保缴费，在待遇支付政策中，多个城市还设计了与医保缴费挂钩的支付条件。与医保缴费挂钩的待遇支付条件主要分为两种：一种是“门槛”条件，即参加基本医疗保险并缴费达到一定要求才能享受长护险。如宁波、长春规定长护险待遇和基本医疗保险统筹基金支付待遇同时享受或中止。成都还对基本医疗保险的缴费年限进行了规定。另一种是“激励”条件，即待遇水平和缴费年限挂钩，参保缴费时间越长，则待遇支付标准、支付比例越高。如荆门明确规定累计缴费15年及以上，待遇水平可以提高4%，累计缴费30年以上，待遇水平提高6%，累计缴费45年以上，待遇水平提高8%，累计缴费60年以上，待遇水平提高10%。支付条件的设置在当前长护险筹资机制下能够鼓励参保、续保和延长缴费年限，对基本医疗保险基金收支平衡起到积极作用。

（二）待遇支付的比较分析

表5汇总了试点城市长护险的待遇支付情况，包括采取不同的护理机构、护理方式下，职工或居民的待遇支付标准。

表5 试点城市待遇支付比较

长期护理方式	支付标准	地区
不限机构	50元/人每天	重庆
医疗机构、养老机构	40元/人每天	宁波
定点的养老或护理医疗照护机构	职工报销90%，居民报销80%	长春
不限机构	职工报销90%，一档缴费居民报销80%，二档缴费居民报销70%	青岛
社区居家照护	基金支付90%	上海
养老机构照护	基金支付85%	
机构照护	按失能等级对应照护费的70%	成都
居家照护	按失能等级对应照护费的75%	
机构护理	重度：26元/天；中度：20元/天	苏州
居家护理	重度：30元/天；中度：25元/天	
定点机构（机构护理）	基金按75%支付，每人每天不高于120元	广州
定点机构（居家护理）	基金按90%支付，每人每天不高于115元	
协议机构	70%，月度限额750元	石河子
非协议机构/居家自行护理	25元/日	
居家护理	450元/月	上饶
机构上门护理	900元/月	
机构护理	1080元/月	
定点护理、养老服务机构	每天50元，每月1500元	承德
医保定点医疗机构	每天60元，每月1800元	
定点护理服务机构接受居家护理	每日结算额度为40元	

医疗机构照护	基金支付 60%	南通
养老机构照护	基金支付 50%	
机构提供居家照护	每月限额 1200 元	
医养护理机构	每人每日定额 30 元，基金支付 60%	齐齐哈尔
养老护理机构	每人每日定额 25 元，基金支付 55%	
居家接受服务	每人每日定额 20 元，基金支付 50%	
协议机构的医疗机构护理床位	基金支付 60%	安庆
协议机构的养老机构护理床位	基金支付 50%	
协议机构上门护理服务	按项目每月不超过 750 元	
非协议护理服务机构居家护理	每天 15 元护理补助（按季发放）	
全日居家护理	每人每日限额 100 元，基金支付 80%	荆门
非全日居家护理	每人每日限额 40 元，基金支付 100%	
养老机构护理	每人每日限额 100 元，基金支付 75%	
医院护理	每人每日限额 150 元，基金支付 70%	

试点城市在待遇享受人群范围上存在差异。根据《指导意见》和各地实际情况，试点城市长护险待遇享受人群范围主要分为以下两类：第一类，即大多数城市采用的，将重度失能人员纳入长护险保障的范围中，基本界定为“卧床不起 6 个月以上，失去自理能力，日常生活评价 ADL 量表测评为重度失能的人员”。第二类，在第一类的基础上，部分城市将待遇享受人群进行了扩展，如青岛将失智人员纳入了待遇享受人群范围，南通、上海、苏州则将中度失能人员纳入待遇享受人群范围。由于我国长护险的开展处于试点起步阶段，失能等级评定的标准尚未统一。目前只有上海、苏州等少数城市自主开发了相应的评定标准，其余绝大多数地区直接采用 ADL 量表，或在 ADL 量表的基础上进行微调。

试点阶段长护险待遇资格审查主要有四种类型。第一，委托护理服务机构进行初审，并进行全程录像、上传，由医保经办机构（或委托经办机构）进行复核，如青岛。第二，委托专业医疗机构，依托高年资医务人员进行护理等级评定，并予以公示，社保机构对其进行监管，如吉林。第三，委托劳动能力鉴定机构，依托专家库专家进行护理等级评定，由劳动能力鉴定机构签发的方式进行等级评定，如南通。第四，委托专门的评定机构进行评定，如苏州和上海。

试点城市的待遇支付有统一补偿和差别化补偿两种方式。统一补偿是指给予符合长护险支付条件的失能人员相同的补偿标准，如重庆、长春、宁波和青岛。差别化补偿是指根据服务等级、服务提供方式等设置不同的支付标准。除了重庆、长春、宁波和青岛，其余试点城市均采取了差别化补偿的方式。如上海将护理模式分为社区居家和养老机构两种，其中社区居家照护模式的基金报销比例为 90%，而养老机构照护模式的基金报销比例为 85%。上饶则规定居家护理 450 元/月、机构上门护理 900 元/月、机构护理 1080 元/月的支付标准。各试点城市长

护险的待遇支付均不设置起付线，但大部分设置了封顶线。

四、长护险资金筹集和待遇支付政策中的主要争议

（一）参保范围：城镇职工还是全体基本医疗保险参保人员？

长护险的参保范围受到医疗保险筹资水平和养老服务市场供给的影响。《指导意见》指出在试点阶段，长护险主要覆盖职工基本医疗保险参保人群。短期来看，在现有的筹资机制下，长护险资金主要依靠从基本医疗保险累计结余和职工个人账户中划转的方式筹集，这对没有个人账户，统筹基金实行“现收现付制”的城乡居民来说，长护险的资金筹集缺乏可持续性。此外，相对于城市，农村地区养老服务产业薄弱，并且农村地区居住较为分散，这给专业机构和人员为农村失能人员提供基本生活照料造成较大的困难。但是从长期来看，在养老和医疗保障程度更低的农村地区，失能人员的生活条件更为恶劣，对长期照护的需求更为强烈。因此，建立覆盖所有基本医疗保险参保人员的长护险是逐步缩小城乡差距，促进社会公平，实现共享发展改革成果的重要举措。

（二）筹资来源：基金结余还是独立筹资？

从各地筹资渠道的选择可以看出，长护险的资金筹集主要依赖于基本医疗保险基金结余。在这种筹资模式下，基本医疗保险基金能够为长护险的顺利开展提供资金上的支持，也体现了我国长护险“社会互助共济、责任分担和权利义务对等”的特征。“跟从”基本医疗保险制度的模式在克服市场失灵的同时，也能从根本上解决信息不对称带来的逆向选择和道德风险问题，为低收入和特殊困难人群提供基本生活照料。但是，“跟从”基本医疗保险制度的模式会对现有的基本医疗保险基金造成一定的压力。对城镇职工而言，在现有的医疗保险统筹层次下，地区之间发展不平衡和医保结余的不同可能导致长护险在各地的待遇支付存在较大差异；而对筹资水平本来较低的城乡居民基本医疗保险来说，由于其按照“现收现付制”进行基金管理，加之城乡居民大病保险的出台，医保基金的支付压力进一步加剧。由于缺乏独立的筹资机制，被称为“第六险”的长护险基金容易受到基本医疗保险基金收支的影响，资金的独立性和安全性存在风险。在此背景下，长护险需要稳定筹资来源、建立多元筹资机制。

（三）待遇支付：统一补偿还是差别化补偿？

统一补偿和差别化补偿各有其优点和不足。《指导意见》指出要根据护理等级、服务提供方式等制定差别化的待遇保障政策。差别化补偿方式充分考虑了不同护理方式的成本，并且给被护理人及其家庭，依据自身条件在不同机构中进行选择的自由。此外，由于长期护理服务的供给方主要是市场，长护险是政府代表参保人向社会购买长期护理服务，因此从促进行业竞争和发展的角度，设置待遇支付分级可以促进行业不断提高服务质量，实现行业健康发展。同时我们还发现，差别化补偿可以发挥政策引导的作用。部分城市通过待遇分级鼓励居家护理。如上海、成都、苏州、广州的待遇支付标准中居家护理的基金支付比例较其他方式更高。在这样的政策背景下，被护理人可以不离开所在的家庭和社会关系网络，居家得到较好的基本生活照料；而专业护理机构也会更多的嵌入到社区，配合居家养老产业的发展为失能人员提供更专业的服务。而统一补偿方式简单易行，且比较容易控制基金的支出情况，因此长期来看基金风险较低。综合来看，统一补偿方式在风险可控的同时，需要建立支付标准的调节机制，使待遇支付及时随着护理服务价格的变化而进行调整，确保失能人员的基本生活照料水平。差别化补偿方式可能刺激护理服务机构的涨价动机，且被护理人及其家庭在封顶线范围内选择“更好”（支付标准更高、报销水平更高）的服务，从而推动行业的服务价格上涨。

五、建立资金筹集与待遇支付相适应的长护险制度

（一）明确长护险在社会保险制度中的定位

根据《指导意见》，长护险是一项社会保险制度。虽然社会保险的定位可以解决商业保险带来的低参保率问题，更好的为经济状况较差的失能人员提供保障，但是实施过程中仍需要明确：第一，长护险虽然“跟从”医疗保险，但是医疗保险是对患者接受的医疗服务进行补偿，而长护险主要是对失能人员接受的基本生活照料服务进行补偿。即长护险的目的是提高和延续生命以及生存质量，而医疗保险的目的是降低个人的疾病风险。因此，从保障目的来说，长护险和传统的五险在保障内容上并不相同。第二，长护险制度的功能不仅包括减轻失能人员及其家庭的经济负担，其更深远的社会意义在于维护他们的人格尊严。因此长护险在设计待遇支付机制时，应当强调对服务“购买”进行补偿，而非直接对失能

人员进行补贴。第三，强调个人责任，不仅个人必须缴费，而且个人缴费在筹资结构中应当占适当的比例。在支付长期护理费用方面，个人自付比例不应低于20%。同时，政府应当承担对长期护理保险的财政支持责任，并建立适度、稳定的财政投入机制。第四，坚持城乡统筹，通过试点，积累经验，逐步扩大参保范围。在城乡发展一体化和乡村振兴战略的背景下，探索建立多元化的农村照料服务模式，将长护险的参保范围从职工扩大至城镇居民，再扩大至城乡居民，使全民共享发展改革成果。

（二）建立长效多元的长护险筹资机制

多元、稳定的筹资是长护险顺利开展的必要条件。目前政府、社会、个人是长护险筹资的主要来源，其中社会是基本医疗保险的统筹基金部分。虽然短期来看，基本医疗保险基金，特别是职工基本医疗保险基金的累计结余可以部分解决长护险筹资问题。但长期来看，在人口老龄化加剧的背景下，基本医疗保险基金的支付压力进一步增大，为确保长护险的保障水平，第一，建立独立的筹资渠道，采取个人与单位缴费、财政补助、社会捐助等多渠道筹集资金，尽早摆脱对医保基金划转的依赖性，从制度上保障基金来源，体现公平和激励原则。第二，提高基金统筹层次，探索建立调剂金制度。统筹层次的提高可以更有效的分散风险，有利于基金安全；而调剂金制度则可以在现有的统筹层次下更好的抵御风险。第三，科学确定筹资水平。在目前缺少成熟精算数据的背景下，开展长护险需求调查，利用已有卫生管理信息数据和高质量社会调查数据，建立精算模型，确定长护险费率。

待遇支付是评价长护险保障水平的重要内容，虽然目前长护险正处于试点阶段，各地的待遇支付标准存在较大差异，但是在分析总结各地政策的基础上，要建立水平适度的长护险待遇支付机制。第一，合理界定长护险的保障范围，重点对生活不能自理的失能、失智人员的生活照护费用提供资金支持，而对医疗护理费用的支付及其占比进行控制。第二，长护险的待遇支付范围，应从重度失能人员入手，逐步向失智人群扩展，谨慎决策是否将中度失能人员纳入保障范围。同时，长护险的待遇支付水平不宜过高，特别是对于中高收入人群的待遇应当适度，并强化对中低收入人群保险待遇可及性的保护。第三，坚持按床日付费为基础，逐步与病种付费相结合。目前，国际上对长期护理服务的通行做法是按床日付费，

这种付费方式有助于遏制资源的浪费，更好的对费用进行控制。第四，加紧失能等级和护理等级国家标准的出台，科学确定补偿标准。目前我国长护险开展的较大阻碍是长期护理服务市场发展不够成熟，无法做到规范服务标准，更缺少服务内容、服务等级划分的标准和依据。因此制定失能人员失能等级和护理等级国家标准对长护险的可持续性发展尤为重要。第五，坚持保基本的原则，逐步完善长护险与医疗保险、商业保险、医疗救助的政策衔接，构建多层次的社会保障体系。由于具有社会保险的特征，长护险在保障水平上应该体现“广覆盖、保基本”的原则，鼓励有条件的参保人员购买商业补充长护险，而对于家庭经济困难的人员则可以申请医疗救助。长护险的发展在体现社会保险支持的同时鼓励商业长护险探索制度创新¹。第六，加强对护理机构的护理人员的职业技术培训，建立相应的国家职业资格证书制度，逐步实现持证上岗。同时，适当提高护理人员薪酬待遇水平，加快建立适应护理服务需求的专业化护理人员队伍。

Discussion on Financing Mechanism and Reimbursing Policy of Long-term Care Insurance: Based on the Comparison of Pilot Schemes from 15 Cities of China

Wang Jingxi¹, Zhou Lei²

(1. Research Center for Population Development and Policy Research, Chongqing Technology and Business University, Chongqing 400067, China; 2. Research Center for Economy of Upper Reaches of the Yangtse River, Chongqing Technology and Business University, Chongqing 400067, China)

Abstract: Long-term Care Insurance (LCI) can better solve the basic life care of disabled people. It is also an important measure for a comprehensive social security system. From 2016, 15 pilot cities have developed LCI implementation plans. The analysis revealed that LCI in different cities has differences in financing mechanism and reimbursing policies. As financing mechanism and reimbursing policies are related to the sustainability and equity of LCI, they are widely concerned by scholars

¹ 郑秉文：《“多层次混合型”养老保障体系与第三支柱顶层设计》，《社会发展研究》2018年第2期。

and policy makers. This paper analyzes the financing mechanism and reimbursing policies of LCI in 15 pilot cities, mainly focused on the issues of contribution, benefit, coverage and financing source. It concluded that the role of LCI should be clearly defined, with the financing mechanism adapting to the reimbursing level.

Key words: Long-term Care Insurance; financing mechanism; reimbursing policy

CLASS

声 明：

中国社会科学院世界社保研究中心(简称“世界社保研究中心”)英文为 The Centre for International Social Security Studies at Chinese Academy of Social Sciences, 英文缩写为 CISS CASS, 成立于 2010 年 5 月, 是中国社会科学院设立的一个院级非实体性学术研究机构, 旨在为中国社会保障的制度建设、政策制定、理论研究提供智力支持, 努力成为社会保障专业领域国内一流和国际知名的政策型和研究型智库。

中国社会科学院社会保障实验室(简称“社会保障实验室”)英文为 The Social Security Laboratory at Chinese Academy of Social Sciences, 英文缩写为 SSL CASS, 成立于 2012 年 5 月, 是我院第一所院本级实验室。“社会保障实验室”依托我院现有社会保障研究资源和人才队伍, 由“世界社保研究中心”直接领导, 日常业务运作由“世界社保研究中心”管理, 首席专家由“世界社保研究中心”主任郑秉文担任。

“社会保障实验室”于 2013 年 2 月开始发布《快讯》《社保改革动态》《社保改革评论》和《工作论文》四项产品。其中,《快讯》《社保改革动态》和《社保改革评论》三项产品版权为“社会保障实验室”所有, 未经“社会保障实验室”许可, 任何机构或个人不得以任何形式翻版、复制、上网和刊登, 如需使用, 须提前联系“社会保障实验室”并征得该实验室同意, 否则, “社会保障实验室”保留法律追责权利;《工作论文》版权为作者所有, 未经作者许可, 任何机构或个人不得以抄袭、复制、上网和刊登, 如需引用作者观点, 可注明出处。否则, 作者保留法律追责权利。

如需订阅或退订《快讯》和《工作论文》, 请发送电子邮件至: cisscass@cass.org.cn。

地址：北京东城区张自忠路 3 号, 北京 1104 信箱 (邮编 : 100007)

电话：(010) 84083506

传真：(010) 84083506

网址：www.cisscass.org

Email: cisscass@cass.org.cn

联系人：董玉齐