

工作论文

SSL Working Paper Series

WP No.120-20201120

中国社科院世界社保研究中心 主办



本期刊发的《工作论文》是由张盈华撰写的《我国长期护理保险制度的可持续评价与趋势分析》。如引用，请征得作者或本实验室的同意——编者。

我国长期护理保险制度的可持续评价与趋势分析

张盈华

中国社科院社会发展战略研究院

[摘要]：长期护理保险制度是我国正在探索建立的新的社会保险项目。从2012年青岛基本医疗护理保险试点起到2017年底15个试点城市相继出台政策方案，道路不长但异常艰难。在对试点城市持续跟踪和深入调研后发现，我国长期护理保险制度试点中普遍存在受益面过窄的问题，暴露出地方政府对这项制度财务可持续性的担忧。研究表明，长期护理保险的基金支出对待遇水平的敏感度显著高于受益面，缴费率对缴费年龄的敏感度高于待遇水平和受益面。在宽、中、窄受益面下，不同待遇水平的基金支出规模差异大，2015年最小和最大支出规模分别为GDP的0.08%和1.90%，随着老龄化和高龄化推高失能发生率，到2055年这一比例将分别升至0.28%和5.90%；相应地，维持基金收支平衡的缴费率最低由0.13%升至0.55%，最高由0.74%升至3.32%。从国外同类制度的运行规律和国内已有社会保险项目的经验借鉴，应以制度的财务可持续为目标控制基金支出规模，据此设立受益资格和待遇门槛。研究显示，制度的最优选择应是宽受益面和低待遇率的组合，并在此基础上尽可能实施全员参保缴费。

[关键词]：长期护理保险；基金支出；缴费率；可持续；趋势分析

长期护理保险制度是我国“十三五”期间探索建立的“第六项”社会保险。2016年6月人力资源和社会保障部在全国选取15个城市试点，到2017年底这项制度已覆盖4800万人，约6万人已经或正在享受待遇。在对青岛、长春、南通、上海、成都等试点地区调研后发现，各地普遍存在受益面过窄的问题。

一、研究背景

不同于养老、疾病和意外等风险，几乎每一个人在年老高寿时都会不同程度地遭遇失能风险。预期寿命越高，失能存活期就会越长，家庭和个人就越需要有种保障机制来分担失能带来的长期护理责任和庞大的费用支出。在老龄化趋势下，这种保障不可能完全依靠个体家庭或商业保险，最优的机制是社会保险。研究也显示，东欧转型国家比欧洲其它地区更愿意接受强制性的长期护理保险。尽管理论如此，但与养老、医疗、失业等普遍实行社会化保障大不相同，全球只有荷兰（1968年）、以色列（1988年）、德国（1995年）、日本（2000年）和韩国（2008年）等少数几个国家建立了长期护理社会保险制度。

据经济合作与发展组织（OECD）预测，2013-2055年欧盟28国长期护理公共支出占GDP的比重将由1.6%升至2.7%，其中荷兰从4%升至7%，近一半国家升幅超过80%。这是人口高龄化和“鲍莫尔成本病”（Baumol's cost disease）^①双重作用的结果。各国实践数据也反映了这一增长趋势：2000-2014年间荷兰长期护理保险支出由GDP的0.8%升至近4%；德国长期护理保险制度受基金支出压力影响，缴费率已由1995年的1%升至2017年的2.55%（无子女者缴费率为2.8%）。

失能风险在老龄化趋势下不断积聚，福利刚性又持续推高公共支出，加之这项风险特有的长期性、共生性和不确定性，决策者要在纳税人负担、受益者保障度和制度可持续性之间取得平衡越来越困难。即使执政党提出长期护理社会筹资的动议，也无法说服反对党或得到民众普遍支持，例如，2012年美国放弃了行将实施的长期护理社会保险，法国萨科齐政府曾动议引入的长期护理社会筹资机

^① 1966年William J. Baumol和William G. Bowen出版《艺术表演：经济的困境》（Performing Arts: The Economic Dilemma）一书中提出“生产力停滞”（productivity lag）导致平均成本上升，并以一个四重奏表演不能由三个人完成为例。后人将这种因单位时间内产出增加停滞而导致成本上升的现象称为“鲍莫尔成本病”。

制终未成行，英国早在 2009 年的政府绿皮书中就已提出建立代际互济长期护理社会保险筹资机制但始终未受到社会支持。

我国虽已建立长期护理保险制度，启动全国试点也已有两年，但在“保障范围应多大”、“保障水平应多高”和“哪些人应缴费”等问题上仍存疑不少。各地公布的试点方案可以按受益面和待遇水平大致分为两类形态：一类是“又高又瘦”，即待遇水平相对高但受益面很窄，例如济南于 2016 年 6 月启动职工长期医疗护理保险，采纳了青岛“专护”、“院护”和“家护”分类模式，最高待遇为“专护”的床日定额 220 元，2018 年因考虑到基金压力将“专护”覆盖面由 2017 年评定分数 55 分以下调整到 50 分以下，同时将床日定额提高到 260 元；一类是“又矮又瘦”，即待遇水平低且受益面窄，例如南通于 2016 年 1 月启动试点时规定最高待遇是每天 60 元，2018 年才略有上调^①。制度之所以“瘦”，是因为地方政府担心基金支付不可维持故而不敢放开制度受益面。

我国长期护理保险制度还未定型，各地试点方案差别很大，国内还没有对这项制度的财务趋势做过预测；而对财务趋势的“无知”又造成地方政府过度限制受益面，既影响了制度的社会效益，也影响了“十三五”期间建立这项制度的任务进度。这个困境不突破，长期护理保险制度很难清晰定位。

对我国长期护理保险制度财务负担的研究很少。陈璐等模拟德国和日本长期护理保险制度，测算出我国 1996-2010 年长期护理社会保险费率为 0.07%~0.26%，但未对制度财务未来走势做出预测。荆涛等模拟测算我国独生子女父母失能人数和长期护理费用，预计到 2050 年达到 3283 万人，所需长期护理费用约为 15745-26243 亿元，但未对全部失能人口做出测算。本文分别模拟青岛、南通和德国长期护理保险制度，并利用经验数据，对 2015-2055 年间我国长期护理保险基金支出和维持基金平衡的缴费率进行测算。研究发现：提高待遇水平比扩大受益面给制度带来的财务负担更高。建议在建立长期护理保险制度时优先考虑更大受益面，经过长期预测并确保财务可承受的情况下，可逐步提高待遇水平。

二、面临的问题

人社部在《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》中建议，以“长期

^①根据作者在济南和南通实地调研时与当地有关部门座谈所得的信息。

处于失能状态的参保人群”为保障对象，重点解决“重度失能人员”的“基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理费用”，提出“原则上主要覆盖职工基本医疗保险参保人群”、试点地区可根据实际情况“逐步扩大”参保范围，并规定“基金支付水平总体上控制在 70%左右”，各地可自行确定“具体待遇享受条件和支付比例”。总体上看，这些规定都是原则性的，给政策制定留下很大空间。

（一）保障范围应多大

已有研究因采用的评估方法不同、对“失能”的鉴定标准不一，故而测算的失能发生率和失能人数也各有说法。①第一类说法，老年人的失能发生率在 15%~18%之间、失能人数约 4000 万。全国老龄办 2014 年的《十城市万名老年人居家养老状况调查》显示 50 岁及以上被调查者中有 20.6%表示有长期照料需求，2015 年的《第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查》显示“我国城乡老年人自报需要照护服务的比例为 15.3%”、“全国失能、半失能老年人大致 4063 万人，占老年人口的 18.3%”。中国保险行业协会 2017 年在全国 24 个城市的调查显示“老年人重度失能率为 7.2%、加上中度失能的总失能率为 16.5%”，据此我国失能和半失能者占老年人数的比例大约在 15%~18%之间。按照 2017 年人口统计数据，估计我国失能老年人约为 4000 万。②第二类说法，65 岁及以上人口的失能发生率在 10%上下，失能人数约 1000~1500 万。唐钧通过抽样调查估算我国完全失能老人约占老人总数的 3%。黄枫、吴纯杰（2012）利用北京大学“中国老年健康影响因素跟踪调查”（CLHLS）2005 年和 2008 年数据，估计 2010 年 65 岁及以上老年失能率为 6.4%、约 763 万人，并推算到 2016 年约为 1000 万。崔晓东（2017）利用 CLHLS 的 2008-2011 年调查数据，测算 2016 年 65 岁及以上人口失能率为 9.2%。景跃军等（2017）利用 CLHLS 调研数据计算老年加权失能率为 10.5%，得出 2015 年我国 60 岁及以上失能老年人为 1563 万。朱铭来等（2009 年）根据 2004 年国家统计局公布的“分年龄组生活不能自理比例”，估算 2010-2050 年我国 65 岁及以上老年长期护理需求人数，2015 年的这一数字为 1573 万。③第三类来自实践数据，享受长期护理保险待遇的共约 6 万人。截至 2017 年底，我国 15 个试点城市的长期护理保险制度方案全部出台，4800 万人参保，在世和已去世的待遇享受者合计约 6 万人，意味着仅有 0.13%的参保人享受到待遇，这是全人群口径，如果只算老年人，该比例更低。可见，实际享受待遇

的人数与各类研究推算的失能人数差距还很大。

青岛、长春和南通是我国开展长期护理保险试点较早的地区，截至 2017 年 6 月，三地受益人数占老年人数的比重分别是 1.79%、0.23%和 0.16%。与开展长期护理保险制度的国家相比，相近年份的荷兰（2015 年）为 27%、日本（2016 年）超过 17%、以色列（2010 年）超过 15%、德国（2015 年）为 8.7%、韩国（2015 年）也接近 7%，很显然，试点地区的制度受益面过窄。

扩大受益面的关键是要明确“应当保障哪些人”。人社部的指导意见是重点保障长期、重度的失能人员。各地实践中，用“丧失生活自理能力持续 6 个月以上”来衡量“长期”，用 ADL 或巴氏量表测量失能程度，对“重度失能”的划线标准也各有不同。总体上看，评估标准过严，导致绝大多数有照护需求的失能者无法获得待遇资格。

（二）待遇水平应多高

与国外按照失能等级确定待遇标准不同，我国试点地区多以照护服务场所确定待遇标准，例如青岛规定医院“专护”、养老院“院护”和居家“家护”的床日定额分别是 170 元、65 元和 50 元，南通规定重度失能的医院、养老机构、居家照护床日定额分别为 50 元、40 元和 15 元以及中度失能分别是 10 元、10 元和 8 元，长春规定床日定额 97 元和耗材定额 10 元。如果比照各地社会平均工资，青岛待遇水平约为 33.5%~114%、长春为 64%、南通为 4.4%~28%。

对比国外，例如，德国的长期护理保险制度将失能划分为 I、II、III 三个等级（2017 年扩充为五个等级），每个等级又分失智和一般失能两种情况，每种情况又有照护津贴、照护服务、部分机构照护、完全机构照护等四个待遇标准。2015 年最低待遇标准（不含轻度失智）为 244 欧元/月、最高为 1612 欧元/月，分别相当于平均工资的 15%和 51%。与德国相比，青岛和长春的待遇水平过高，而南通的待遇水平过低，这与各地制度定位不同有关，青岛和长春均以医疗护理为主，而南通以生活照料为主。

（三）哪些人应缴费

人社部对参保群体的建议是“从城镇职工起步，有条件的地方扩大”。15 个试点城市的方案大致可以分为三类：①荆门、石河子、苏州、青岛、南通采取全覆盖；②长春覆盖城镇职工和城镇居民，上饶、安庆、成都、承德、广州、宁波、

齐齐哈尔仅覆盖城镇职工；③上海覆盖城镇在职职工和 60 岁及以上城乡居民。在老年人是否缴费这个问题上各地规定也不同：例如，荆门规定退休无个人账户者可从其本人养老金账户中代扣代缴，成都规定退休人员（以个人账户划转基数为基数）的缴费率高于在职职工（以医保缴费基数为基数），而上海规定退休职工不缴费。各地在“哪些人应缴费”的问题上莫衷一是。

对比日本，日本护理保险制度的参保人按年龄划分为 65 岁及以上和 40-64 岁两个群体，前者根据收入分别按不同等级定额缴费，后者按工资的一定比例缴费，2000 年两类群体的缴费关系是 17:33，2015 年调整至 22:28，2000-2015 年间老年人的人均缴费增长了一倍。老年人参与缴费缓解了工作一代的供养负担。

三、理论模型和参数假设

（一）分析框架

长期护理保险制度是现收现付管理方式，其长期财务趋势受基金支出规模和基金收入能力制约。基金支出规模取决于受益人数和待遇水平，基金收入能力高低则取决于缴费率、缴费基数和缴费人数。理论上，可以通过调整缴费率实现基金收支平衡。但是，人口老龄化侵蚀了现收现付制的合意供养比，享受待遇人数的增长持续快于缴费人数，造成缴费率持续攀升的长期压力。与养老保险和医疗保险不同，触发长期护理保险“理赔”的因素既不是确定的年龄、也不是确诊的疾病，而是对“失能”的鉴定。因此，失能鉴定和需求等级评定标准是控制受益人数规模、进而控制基金支出规模的关键。目前，我国建立长期护理保险制度最迫切且最难解决的恰恰在于失能鉴定和需求等级评定标准的确定。

本文的分析思路是根据经验数据设计多个方案，分别考察制度财务负担和个人财务负担的影响因素及其长期走势。研究结论可为设计失能鉴定和需求等级评定标准提供重要参考。

（二）测算模型

1. 制度财务负担。制度财务负担用“基金支出占国内生产总值的比重”衡量。影响长期护理保险基金支出的因素分为制度内和制度外两大类：制度内因素包括不同年龄人口的失能风险、享受长期护理保险待遇的失能人数及待遇水平，在本文中分别对应“各年龄组失能发生率”、“各失能等级受益人数占比”和“各失能

等级待遇标准”等参数；制度外因素包括人口结构和照护服务成本，在本文中分别对应“各年龄组人口数”和“社会平均工资”等参数。假设长期护理保险制度在测算期内不发生变化，也就是说，制度内因素是静态的，这样，可以根据参数的不同假设设置出多个制度方案；制度外因素是动态的，基金支出规模随各年龄组人口数和（或）社会平均工资发生变化。根据各类数据来源，按不同的“各年龄组失能发生率”分别考察三个受益面方案，按不同的“各失能等级待遇标准”考察三个待遇水平方案。

第 t 年的基金支出 E^t 占当年国内生产总值 GDP^t 比重可用公式（1）计算得出：

$$\frac{E^t}{GDP^t} = \frac{\sum_{i,j} [(d_{AG_i} \times P_{AG_i}^t \times b_{DL_j}) \times R_{DL_j} \times \dot{W}^t]}{GDP^t} \quad (1)$$

根据各年龄组的失能发生率 d_{AG_i} 和第 t 年各年龄组人口数 $P_{AG_i}^t$ ，测算出第 t 年应该享受待遇的受益总人数；然后，按照不同方案的各失能等级受益人数占比 b_{DL_j} ，计算出不同方案各失能等级的受益人数；再根据各方案的不同失能等级待遇标准 R_{DL_j} 和第 t 年的社会平均工资 \dot{W}^t ，计算第 t 年的基金支出 E^t 。

2. 个人财务负担。个人财务负担用“缴费额与社会平均工资的比率”（即缴费率）衡量。调整缴费率是实现长期护理保险基金收支平衡的关键。除了上述影响基金支出的因素以外，缴费率还受缴费群体规模的影响。根据假设，按“缴费年龄”分别考察四个缴费群体方案。

第 t 年的缴费率 C^t 由第 t 年的基金支出 E^t 、社会平均工资 \dot{W}^t 和参保缴费人数 P_0^t 决定，可用公式（2）计算得出：

$$C^t = \frac{\sum_{i,j} [(d_{AG_i} \times P_{AG_i}^t \times b_{DL_j}) \times R_{DL_j}]}{\dot{W}^t \times P_0^t} \quad (2)$$

（三）参数假设及其依据

不同受益面方案的“各年龄组失能发生率”分别参照“六普”调查（ SC_1 ）中分年龄组“生活不能自理”人数占比、德国 2000-2015 年各年龄组享受长期护理保险待遇人数占比的平均值（ SC_2 ）和全国老龄办 2014 年 20 个城市的调查（ SC_3 ）中“有部分自理困难”和“不能自理”的人数之和与各年龄组被调查人数之比；

不同待遇水平方案的“各失能等级受益人数占比”分别来自南通基本照护保险（ SR_1 ）、德国长期护理保险（ SR_2 ）和青岛长期医疗护理保险（ SR_3 ）等在 2015 年的实际数据；“各失能等级待遇标准”分别参照南通、德国和青岛规定的待遇标准。

表 1 各参数假设

年龄组	各年龄组失能发生率			失能等级	各失能等级受益人数占比			各失能等级待遇标准 2015 年社会平均工资		
	六普	德国	老龄办		低待遇	中待遇	高待遇	低待遇	中待遇	高待遇
60-64 岁	0.9%	1.7%	10.6%	1 级	12.1%	46.0%	0.3%	4.4%	14.9%	3.0%
65-69 岁	1.0%	2.7%	14.9%	2 级	26.0%	19.2%	78.9%	5.5%	36.5%	33.5%
70-74 岁	2.0%	4.6%	26.0%	3 级	20.4%	4.4%	7.7%	8.3%	51.5%	43.6%
75-79 岁	4.1%	9.0%	32.9%	4 级	25.5%	12.1%	13.2%	22.1%	34.0%	113.9%
80-84 岁	8.8%	18.8%	45.9%	5 级	15.9%	12.1%	-	27.7%	42.5%	-
85+岁	25.1%	42.2%	70.8%	6 级	-	6.1%	-	-	51.5%	-

注：南通方案（ SR_1 ）按照 Barthel 评分指标将待遇标准分为五种情况（1~5 级），德国方案（ SR_2 ）只选择了部分机构照护的三个等级（表中 1~3 级）和完全照护的三个等级（表中 4~6 级），青岛方案（ SR_3 ）按照照护服务地点分为四种情况（1~4 级）。均按失能程度由轻到重排列。

资料来源：国家统计局“六普”调查数据，德国卫生部官网数据，全国老龄办调查数据库，南通和青岛的试点文件。德国各失能等级待遇标准来自刘涛（2016）：《福利多元主义视角下的德国长期照护保险制度研究》，《公共行政评论》，第四期，第 78 页。作者根据上述数据计算得出。南通的受益人数占比数据由南通市人力资源和社会保障局提供，截至时间为 2017 年 6 月；青岛的受益人数占比（床日数占比）参考张文博（2017）：《照料社会化：长期照护保险制度实践研究》，《北京工业大学学报（社会科学版）》，第六期，第 28 页。

第 t 年“各年龄组人口数”取自“联合国 2017 年人口预测”的中等生育水平 2015-2055 年人口预测数。从国家统计局公布数据来看，我国城镇在岗职工平均工资（近似于社会平均工资）与人均国内生产总值之间的比例关系较为稳定，过去十年平均为 122%、2000-2016 年平均为 124%，2015 年为 126%，本文假设 2020-2055 年维持在 128%不变。

表 2 各年龄组人口数和社会平均工资预测

年份 t		2015	2025	2035	2045	2055
各年龄组	60-64 岁	7951	9600	10995	9436	9346
人口数	65-69 岁	5235	7137	10884	8431	11485
(万人)	70-74 岁	3470	6454	8029	9446	8303

75-79 岁	2488	3604	5175	8274	6680
80-84 岁	1473	1856	3743	5008	6292
85+岁	852	1319	2087	3686	6266
人均国内生产总值 (元/年)	50251	95089	140755	189163	254219
社会平均工资 (元/年)	64321	121714	180166	242128	325400

注：2015 年人均GDP参照国家统计局数据，按年增长率测算得出 2015-2055 年人均GDP 数据。2015-2055 年人均GDP增长率参照：清华大学中国与世界经济研究中心（2017）：《2017-2018 年中国宏观经济分析与预测：十九大后的中国经济 2018、2035、2050》，《研究报告》总第 84 期，<http://www.ccwe.tsinghua.edu.cn/info/zghgjycyfxbg/2241>。

四、模拟测算结果

1. 受益人数及其占比预测。以 2015-2055 年为测算期、以 60 岁及以上失能者为受益对象。按照“六普”调查 (SC₁)、德国 2000-2015 年历史数据平均值 (SC₂) 和全国老龄办 2014 年 20 个城市调查 (SC₃) 等数据来源，分别测算出三个方案 2015-2055 年我国失能老年人数分别是 596 万升至 2211 万、1297 万升至 5279 万、4623 万升至 14383 万，占老年人口比重分别是 2.8%升至 4.6%、6.0%升至 10.9%、21.5%升至 29.7%。

对比模拟德国数据的结果，我国“六普”调查的失能人数偏少，说明所用的失能标准过严，而全国老龄办 2014 年 20 个城市调查的失能人数偏多，说明所用的失能标准过松。无论哪种方案，模拟结果均显示我国失能老年人数持续大幅增长的趋势，2015-2055 年三个方案失能老年人数分别增长 2.7 倍、3.1 倍和 2.1 倍。

表 3 受益总人数及其占比预测 (2015-2055 年)

	2015	2025	2035	2045	2055
	受益总人数预测 (万人)				
SC ₁	596	869	1314	1776	2211
SC ₂	1297	1883	2900	4064	5279
SC ₃	4623	6730	9772	12343	14383
	受益者占老年人口比重 (%)				
SC ₁	2.8%	2.9%	3.2%	4.0%	4.6%
SC ₂	6.0%	6.3%	7.1%	9.2%	10.9%

SC_2	21.5%	22.5%	23.9%	27.9%	29.7%
受益者占总人口比重 (%)					
SC_1	0.4%	0.6%	0.9%	1.3%	1.6%
SC_2	0.9%	1.3%	2.1%	2.9%	3.8%
SC_3	3.3%	4.8%	7.0%	8.8%	10.3%

2. 基金支出规模及其趋势预测。根据上述假设，可以测算出 2015-2055 年不同方案下我国长期护理保险制度的基金支出规模：①按照南通的待遇水平 (SR_1)，如果把根据“六普”调查 (SC_1) 测算的失能人口作为受益群体，2015-2055 年间基金支出占 GDP 比重由 0.08% 升至 0.28%；如果把受益面扩大到按全国老龄办 2014 年 20 个城市调查 (SC_2) 测算的失能人口规模，基金支出占 GDP 比重由 0.58% 升至 1.81%。②按照青岛的待遇水平 (SR_2)，2015-2055 年上述两类受益面情况下，基金支出占 GDP 比重分别由 0.24% 升至 0.91% (SC_1) 和由 1.90% 升至 5.90% (SC_2)；③按照德国的待遇水平 (SR_2) 和受益面 (SC_2) 测算，2015-2055 年基金支出占 GDP 的比例由 0.34% 升至 1.38%。

多因素分析结果显示：“拓宽受益面” ($SC_1 \rightarrow SC_2 \rightarrow SC_3$) 对基金支出规模变化的贡献率小于“提高待遇水平” ($SR_1 \rightarrow SR_2 \rightarrow SR_3$)。

表 4 不同方案下基金支出占 GDP 的比重 (2015-2055 年)

	2015	2025	2035	2045	2055	变化 (2015-2055)
SR_1	0.08%	0.11%	0.17%	0.22%	0.28%	0.20%
SC_1 SR_2	0.16%	0.23%	0.34%	0.47%	0.58%	0.42%
SR_3	0.24%	0.36%	0.54%	0.73%	0.91%	0.66%
SC_2 SR_1	0.16%	0.24%	0.36%	0.51%	0.66%	0.50%
SC_2 SR_2	0.34%	0.49%	0.76%	1.07%	1.38%	1.04%

	SR_3	0.53%	0.77%	1.19%	1.67%	2.16%	1.63%
	SR_1	0.58%	0.85%	1.23%	1.55%	1.81%	1.23%
SC_3	SR_2	1.21%	1.76%	2.56%	3.23%	3.77%	2.56%
	SR_3	1.90%	2.76%	4.01%	5.06%	5.90%	4.00%

3. 缴费率及其趋势预测。根据各地试点方案，本文将参保群体分为“全员缴费”（ SE_{0+} ）、“20岁及以上缴费”（ SE_{20+} ）和“20~59岁缴费”（ $SE_{20\sim59}$ ），同时参考日本的护理保险制度增设“40岁及以上缴费”（ SE_{40+} ）的情况。测算结果显示：2015-2055年间，上述不同方案变化幅度最小的是由0.06%升至0.23%（方案 $SR_1SC_1SE_{0+}$ ），变化幅度最大的是由2.42%升至10.82%（方案 $SR_3SC_3SE_{20\sim59}$ ）；如果受益面和待遇水平不变，“20~59岁缴费”情况的缴费率升幅最大。

多因素分析结果显示：2015年受益面、待遇水平和参保缴费群体等三个因素对缴费率变化的贡献率分别是17%、43%和40%，到2055年三个因素的贡献率分别是12%、32%和56%，缴费年龄对缴费率变化的贡献越来越大。原因很明显：老年人的失能概率远远高于年轻人，他们不缴费却享受待遇，老龄化加剧促使“不缴费”群体越来越大、而“缴费”群体越来越小，维持制度平衡的缴费率自然就越来越高。

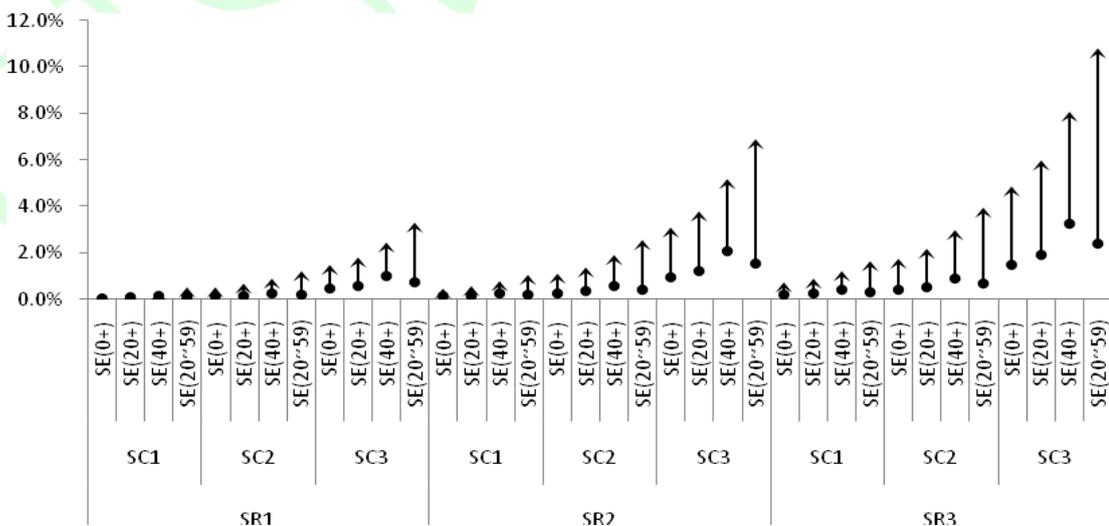


图 1 不同方案下的缴费率（2015-2055年）

4. **方案评价。**如果选择较高待遇标准，就要以压缩受益面为代价，例如 SC_1SR_2 ，到 2055 年基金支出占到 GDP 的 1%，虽然财务负担可控，但受益面过窄必定引发对制度公平性的质疑；如果以低待遇水平起步，尽可能地扩大受益面，例如 SC_2SR_1 ，到 2055 年基金支出超过 GDP 的 1.8%，虽然更多人享受到待遇，但缴费负担会加重，全人群缴费也需要近 1.5% 的费率才能维持基金平衡，如果只有 20~59 岁群体缴费，费率将超过 3.3%，再将实际征缴的漏损（如缴费基数缩小、遵缴率降低、少缴逃缴不缴等）考虑进来，缴费率会更高。决策者需要在受益面、待遇水平与缴费负担之间取得平衡，并重视长期变化趋势。

长期来看，长期护理保险制度受益面由窄到宽对基金支出和缴费率变化的贡献均小于待遇水平由低到高，即“拓宽受益面”带来的制度财务负担和个人财务负担均低于“提高待遇水平”。这也说明，低待遇起步的制度更具持续性，因为基金平衡条件恶化时（如老龄化），这样的制度有更大的调整空间；另一方面，长期护理保障是生命周期内的“终极安全网”，拓宽受益面的制度更具公平性。但无论哪种情况，都不应忽视缴费群体过小带来的问题。

五、结论和政策建议

1. **主要结论。**失能风险的不确定性使长期护理筹资陷入困境。一方面，商业保险和自我保障均无法化解失能带来的经济风险，而另一方面，社会保险的机制也面临不少困惑。青岛等 15 个城市自开展长期护理保险制度试点以来，始终没有放开受益面，受益群体规模非常小。研究发现：①尽管各类研究采用不同标准估计我国失能老年人数相差很大，最少的有几百万，最多的超过 4000 万，但无论用哪个标准，目前 15 个城市 4800 万参保人员中仅有 6 万人享受待遇，这个受益面都显得过于狭窄，削弱了长期护理保险制度的社会效益；②分别运用“六普”调查、德国 2000-2015 年长期护理保险实际发生数的平均值以及全国老龄办在 20 个城市的调查，测算出三种受益面情况下我国老年失能人数为 600 万、1300 万和 4620 万；③如果扩大受益面，例如以德国各年龄组的失能发生率测算受益人数，按照南通和青岛的待遇标准，2015 年基金支出占 GDP 的比重分别是 0.16% 和 0.53%，接近或略高于当年城乡居民社会医疗保险基金的支出规模；⑤基金支

出占 GDP 比重的变化对受益面的敏感度低于待遇水平, 扩大受益面的财务压力小于提高待遇水平; ⑥缴费率的变化对缴费年龄的敏感度高于受益面和待遇标准, 缩小缴费群体会明显提高缴费率。

2. 政策建议。当前建立长期护理保险的经济社会人口环境均与其他五项社会保险不同: 社会全面进入人口老龄化和高龄化的提速期, 经济新常态下促进企业增强活力要求社会保险全面进入降费期, 健康中国战略要求社保事业全面进入全覆盖、全员参保的全人群保障期。在此背景下, 长期护理保险的制度设计要有创新: ①应实施“全员参保”, 不按人群分设制度、但可采取差别费率, 政府对弱势群体实行选择性的缴费补贴; ②建立长期护理保险制度可持续性的预测与评估机制, 并据此定期调整筹资标准; ③按照“广受益”原则确定受益范围, 在此基础上研究制定失能鉴定和需求等级评定标准; ④按照“保基本”原则确定制度的待遇标准, 并鼓励发展商业长期护理险; ⑤盘活医疗保险个人账户, 适时推出兼容健康、医疗和长护的“个人健康账户”制度, 形成全生命周期的个人保障机制。⑦各地试点对策筹资标准大致相当于当地社会平均工资的 0.1%~0.5%, 与德国 1995 年制度启动时 1% 的费率相比显得略低, 但考虑到德国受人口老龄化压力不断调高缴费率的现实以及我国地域、省域甚至县域之间经济社会发展差距大的国情, 起步阶段缴费率以不超过 0.5% 为宜。⑧居家照护既省费用又满足需求, 各级政府可利用长期护理保险带动照护服务供给、财政支持培育照护服务市场、照护津贴和照护假鼓励家庭成员提供合格的非正式照护等全方位政策, 全面启动居家照护服务体系建设。

参考文献:

- [1] Barr N. Long-term Care A Suitable Case for Social Insurance[J]. Social Policy & Administration, 2010, 44(4): 359-374.
- [2] Costa-Font J. Policy Dilemmas in Financing Long-term Care in Europe[J]. Global Policy, 2017, 8(2): 38-45.
- [3] OECD/EU, Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, 2016 version, Paris[Z/OL], <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

[4] Muir T. Measuring social protection for long-term care. OECD Health Working Papers, 2017, No. 93, OECD Publishing, Paris[Z/OL], <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>.

[5] 陈璐、徐南南. 中国长期护理保障制度的财政负担——基于德、日社会保险模式的测算[J]. 保险研究, 2013(1):106-118.

[6] 荆涛、张一帆. 独生子女家庭老年父母长期护理需求及费用测算[J]. 云南社会科学, 2016(4):53-57, 186.

[7] 唐钧. 中国有多少失能老人[J]. 中国社会保障, 2016(12):38-40.

[8] 黄枫、吴纯杰. 基于转移概率模型的老年人长期护理需求预测分析[J]. 经济研究, 2012(2): 119-130.

[9] 崔晓东. 中国老年人口长期护理需求预测——基于多状态分段常数 Markov 分析[J]. 中国人口科学, 2017(6):82-93, 128.

[10] 景跃军等. 我国失能老人数量及其结构的定量预测分析[J]. 人口学刊, 2017(6):81-89.

[11] 朱铭来、贾清显. 我国老年长期护理需求测算及保障模式选择[J]. 中国卫生政策研究, 2009(7):32-38.

[12] 陈璐、刘绘如. 日本长期护理保险制度的改革及启示——基于资金的“开源”与“节流”视角[J]. 理论学刊, 2016(6):69-74.

[13] 郑秉文主编. 中国养老金发展报告 2017[M]. 北京: 经济管理出版社, 2017 年第一版。

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》和《工作论文》两项产品。其中, 《快讯》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：北京西城区鼓楼西大街甲 158 号。

电话：(010) 84083506

传真：(010) 84083506

网址：www.cisscass.org

Email: cisscass@cass.org.cn

联系人：董玉齐