

# 工作论文

## SSL Working Paper Series

WP No.189-20241112

中国社科院世界社保研究中心 主办



这期刊发的《工作论文》是由郑秉文撰写的《长期护理保险的制度定位与模式选择》，如引用，需征得本实验室（世界社保研究中心）或作者本人的同意——编者。

### 长期护理保险的制度定位与模式选择\*

郑秉文

中国社科院大学政府管理学院教授

中国社科院世界社保研究中心主任

**摘要：**2016年以来，长期护理保险试点城市（地区）已扩大到49个并取得了长足发展，各试点地区因地制宜出现了诸多制度创新，但也存在明显的政策碎片化现象。本文着重讨论了长期护理保险制度碎片化现象较为明显的四个问题，包括享受待遇的目标人群、服务方式的供给结构、服务项目的侧重比例、两大制度板块的覆盖边界等；着重分析了模式选择的四个不同做法，包括运行模式、保障模式、筹资模式、经办模式等，并逐一提出相应的政策建议。根据“摸着石头过河与顶层设计相结合”的方法论，本文认为，应尽快结束试点，进入顶层设计阶段，以减少沉没成本；根据不同国家建立长期护理保险的时间节点，我国建立

\*本文系研究阐释党的二十大精神国家社科基金重大项目“2035年我国多层次多支柱养老保险体系发展目标与现实路径研究”（批准号：23ZDA100）阶段性成果。

长期护理保险制度充分体现了“尽力而为、量力而行”的基本原则，是推进中国式现代化和实现共同富裕的重要举措；根据人口老龄化发展趋势，建议以 2035 年为界进行“两阶段推进”，以期平稳过渡到全国一盘棋的统一制度。

**关键词：**长期护理保险；养老保险改革；社会保障改革；多点试错；顶层设计

## 一、长期护理保险试点以来的成就与问题

进入本世纪以来，我国人口老龄化进程不断加快，2000 年进入老龄化社会（60 岁及以上人口占总人口的 10%），2021 年进入深度老龄化社会（60 岁及以上人口达 20%）。据 2016 年全国抽样调查数据，我国老年人失能率为 18.3%<sup>①</sup>，全国失能和半失能老年人约为 4063 万人。

党的十八大以来，为积极应对人口老龄化，中央三次调整人口生育政策。同时，全面深化改革养老保障体系进入快车道，建立长期护理保险制度也提到议事日程，并于 2016 年开始试点。在公布两批试点城市名单之后，2024 年政府工作报告指出“推进建立长期护理保险制度”，党的二十届三中全会再次指出“加快建立长期护理保险制度”。

2016 年以来，各试点城市深入探索建立适应我国国情的长期护理保险制度，在许多政策领域进行了有益探索，取得初步成效，但也存在一些问题。下一步推进长期护理保险制度建设进程中，应在总结试点城市制度运行经验教训基础上，对其制度定位和模式选择进行审视，以期不断完善制度设计，提高其可持续性、公平性和规范性。

### （一）试点地区效果初显，制度规模不断扩大

2016 年 6 月，人力资源和社会保障部办公厅印发《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）（以下简称“80 号文”），长期护理保险制度试点工作在我国 35 个城市正式开始。2020 年 9 月，国家医保局和财政部发布《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）（以下简称“37 号文”），第二批 14 个城市进入试点范围，并对参保对象和保障范围、资金筹集、待遇支付、基金管理、服务管理和经办管理等进一步

<sup>①</sup> 人民网北京 10 月 10 日电：《第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查成果发布会在京召开》，<http://world.people.com.cn/n1/2016/1010/c57506-28764803.html>

规范。

实地调研结果显示，49 个试点地区长期护理需求得到了有效保障，失能老年人的获得感、幸福感和安全感得以提升。据官方最新数据<sup>①</sup>，2023 年长期护理保险 49 个试点城市覆盖参保人 1.83 亿人，受益人数 134.3 万人，基金收入和支出分别为 243.6 亿元和 118.6 亿元；截至 2023 年底，长期护理保险受益人累计超过 230 万人，年人均减负约 1.4 万元<sup>②</sup>。

经过八年探索，中国长期护理保险从零开始起步，其社会影响力越来越大，逐渐被广泛认可，为失能老年人又建立起一道风险屏障，使“机构不能医、医院不能养、家庭无力护”的困局在一定程度上得到了解决，成为应对人口老龄化和社会保障体系建设中的一项重要制度。

## （二）劳动力市场溢出效应开始显现，产业生态链正在形成

长期护理保险制度不仅提升了失能老年人的生存质量和生活尊严，还减轻了受益人家庭的经济负担、体力和精神负担，有效减轻了家属的生活照料负担，提高了家庭的福祉水平，有利于家庭劳动力的释放。同时，逐渐形成了一个较为完整的产业生态链，对新就业形态的发展具有促进作用。截至 2023 年底，全国建立长期护理保险定点服务机构 8080 多家，护理人员规模 30.3 万人<sup>③</sup>，试点地区增加了相关岗位和就业机会，促成“长期照护师”（健康照护师）纳入国家职业分类大典，催生了失能护理及其培训产业、失能等级评估机构和行业，促进了康复器械生产和租赁产业、健康养老与康复服务产业的发展，撬动了超过 500 亿元社会资本的投入。

大部分试点城市积极推进长期护理保险服务的社会化、市场化、产业化运作，培育出越来越多的市场主体。例如，上海市的福寿康、同福汇等连锁化、品牌化、规模化社区居家服务机构相继涌现，全市各类定点护理服务机构达 1240 家，护理人员数量近 6 万人<sup>④</sup>。再如，江苏南通在推行长期护理保险时注重对各市场主体的协议管理、考核管理、信用管理等配套制度建设，在确保机构服务质量的同时，建立起辅助器具的研发、生产、租赁的产业园和产业链，既可满足不同层次社会

<sup>①</sup> 《2023 年全国医疗保障事业发展统计公报》，国家医保局官网。

<sup>②</sup> 《中国医疗保险》刘影、吴予：《探路 8 年，长护险成效几何？未来露在何方？》，[https://www.163.com/dy/article/I3S3QPMF0553Q1S1.html?spss=dy\\_author](https://www.163.com/dy/article/I3S3QPMF0553Q1S1.html?spss=dy_author)

<sup>③</sup> 《2023 年全国医疗保障事业发展统计公报》，国家医保局官网。

<sup>④</sup> 记者周程祎：《长护险制度建设进入关键期 专家学者在沪建言献策》，2024 年 5 月 28 日，上海市人民政府官网：<https://www.shanghai.gov.cn/nw4411/20240528/d8dbc9cb79b6477ea64a94f8d895112d.html>

需求，又能减少医保基金的压力，还可增加劳动就业机会。

### （三）试点城市因地制宜，在很多领域不断探索和创新

八年来，各试点城市根据其不同的经济发展水平、医保基金支付能力等实际情况，因地制宜，在长期护理保险制度的落地和执行过程中持续探索，在享受待遇的目标人群、服务方式的供给结构、服务项目的侧重比例、两大制度板块的覆盖边界的制度设计，以及运行模式、保障模式、筹资模式、经办模式的选择上，各试点地区做法不同，屡有创新。

例如，试点地区长期护理保险的制度定位存在多样性：一是在享受待遇的目标人群上，对受益年龄的规定出现了仅覆盖老年退休失能人员、覆盖全龄人口失能人员、覆盖 18 岁及以上人员等三种做法；二是在服务方式的供给上，形成了居家上门、入住机构、提供现金给付（亲属照护）等三种服务方式的不同组合；三是在服务项目的侧重比例上，出现了以基本生活照料为主、以医疗护理服务为辅、基本生活照料和医疗护理服务兼顾的三种情况；四是在两大制度板块的覆盖边界上，形成了覆盖城镇职工、城镇居民、城镇职工+城乡居民三种模式。

再如，各地长期护理保险的模式选择也存在多样化趋势：一是在运行模式选择上，存在着城乡统一模式、城乡分立模式、混合模式等；二是在保障模式选择上，存在着窄口径保障（仅保障重度失能人员）、中口径保障（保障重度和中度失能人员）、宽口径保障（覆盖所有失能人员和失智人员）等三种模式；三是在筹资模式选择上，形成了医保基金划出（主要代表单位缴费）、财政补助（为居民缴费进行配比或代表单位缴费）、个人账户划出（代表个人缴费）、居民个人缴费等四个主要筹资渠道；四是在经办模式选择上，逐渐形成了以上海为代表的政府经办模式、以青岛为代表的专项委托模式、以成都为代表的部分委托模式和以南通为代表的全面委托模式。

### （四）试点地区存在的问题逐渐凸显，制度碎片化现象严重

八年前，我国在建立长期护理保险制度时，出于积极应对快速到来的人口老龄化需要，为规避一些条件限制和复杂的立法程序，采取了简单易行的特殊方式<sup>①</sup>，即将长期护理保险“搭载”在医保制度上。因此，在其顶层制度设计中许多重大问题尚未明确，政策供给存在很多空白，制度设计缺乏整体性、统一性和系

<sup>①</sup> 作者在参加全国政协组织的调研时从相关主管部门原领导同志处获知。

统性，有些政策规定是随着时间的推移逐渐完善并公布的。例如，《长期护理保险失能等级评估标准（试行）》（医保办发〔2021〕37号）于2021年7月由国家医保局和民政部联合发布，在此前试点地区采纳和使用的评估标准或是由不同政府部门制定的，或是由不同学术机构编制的，或是一些国外流行的量表，门槛、标准和等级均不统一，试点城市之间难以互认。2023年12月，国家医保局和财政部联合印发《长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）》（医保发〔2023〕29号），进一步统一和规范失能等级的评估管理工作。

基于上述原因，在当时的历史条件下，2016年印发的80号文内容较为简洁，只对长期护理保险制度的轮廓作出原则规定，在制度经过若干年运行之后，各试点地区的政策体系逐步完善。一方面，这些具有地域特色的制度设计带有创新性；但另一方面，随着试点城市数量的增加，其具体执行过程中的差异化趋势日益明显，制度设计碎片化现象日趋严峻，甚至一些重大原则性分歧有扩大趋势，随着时间的推移，有些路径依赖正在形成，为将来制度统一带来困难。

本文梳理出长期护理保险具有争议的八个讨论问题，旨在抛砖引玉，让更多的专业人士关注这些问题，通过深入的学术分析达到凝聚共识的目的，为在全国推进建立长期护理保险做好制度准备。其中，前四个问题涉及长期护理保险的制度定位，讨论的是建立该制度的初衷以及其财务可持续性的实现；后四个问题属于模式选择，牵涉在长期可持续性的基础上夯实体制机制建设及其制度公平性的权衡。

接下来，本文的第二部分讨论的是长期护理保险制度定位的四个争议问题；第三部分讨论的是模式选择的四个不同做法，在对这八个讨论问题逐一分析并提出政策建议的基础上，第四部分对全文进行简单总结，建议尽快结束试点并出台顶层设计，认为建立长期护理保险是体现尽力而为、量力而行的典范，提出“两阶段推进”策略的政策依据。

## 二、长期护理保险的制度定位

2016年印发的80号文和2020年的37号文开宗明义，明确建立长期护理保险制度的初衷是应对人口老龄化，目的是完善社会保障体系建设，这就是中国建立长期护理保险的制度定位。在人口老龄化不断加剧的趋势下，只有坚持初心，

回归本源，长期护理保险才能确保可持续发展，才能确保衔接好养老保险与医疗保险，才能正确发挥长期护理保险的社会经济功能，增进人民福祉。

明晰长期护理保险的制度定位之后，在如何处理好享受待遇的老年人目标群体及其向全龄人口延伸的关系、服务方式的供给结构中现场服务与现金给付的关系、基本生活照料与医疗护理项目之间的比例关系、制度覆盖边界延伸至农村与其现场服务供给能力相匹配之间的关系时就能找到正确答案。

### （一）享受待遇的目标人群：以老年失能者为主，还是延伸至全龄覆盖？

80号文和37号文对长期护理保险的受益年龄均未作出明确规定，但在具体执行中大致出现了三种情况。一是规定只有60岁及以上的退休人员在失能之后可以享受长期护理保险待遇，例如，上海将60岁作为受益年龄的下限。二是规定受益人为全龄群体的失能人员，即不分年龄，凡参保人且因年老、疾病、伤残等原因导致生活不能自理的重度失能人员在评估认定之后均可成为受益人。在试点启动之初，有的城市规定受益资格为60岁及以上退休人员，后来越来越多的城市逐渐延伸至全龄群体。三是个别地区将受益年龄下沉至某个年龄，例如北京某地区设定为18岁及以上。

如同80号文和37号文所指出的，探索建立长期护理保险制度的初衷和目的是应对人口老龄化和健全社会保障体系。在下一步推进长期护理保险的进程中，应首先明确优先保障60岁及以上失能群体，有条件的地区可适当延伸或下沉至某个年龄线；到2035年人均GDP达到中等发达国家水平时再统一将受益年龄延伸或下沉至某个年龄或全龄失能人员。出于社会稳定和路径依赖的考虑，对目前已经覆盖全龄失能人员的试点地区，在确保精算平衡和留有合理备付期的基础上，可保留目前的制度设计。

上述两阶段推进的政策建议基于这样三个事实：一是考虑到现阶段各级财政和医保基金的支付压力、企业经营的财务压力和个人缴费能力，应本着尽力而为、量力而行的原则，对失能风险高发的老年群体和重度残疾群体给予优先保障；二是目前全国有上千万罕见病患者，他们大部分为先天性失能或部分失能，只有一部分病种纳入国家医保目录予以报销，在长期护理保险与基本医保制度无缝衔接的同时，应逐渐将更多罕见病病种纳入进来。三是从发达国家（日本、韩国）建立长期护理保险制度的多年实践来看，其待遇享受的目标人群为全部65岁及以

上的老年失能者，兼顾 40~64 岁患有与衰老（例如脑血管病）相关的残疾群体。

## （二）服务方式的供给结构：以居家上门为主，还是以现金给付为主？

长期护理保险制度的待遇提供分为现金和实物，实物又分为服务和商品，商品又分为无偿提供与租赁。一般来说，现金支付给受益人的非正式照护者（如家庭成员和亲属），服务和商品主要提供给家庭（居家上门）和机构（养老院和护理院）。绝大多数试点城市长期护理保险提供的服务方式以居家上门护理为主，搭配不同比例的入住机构护理、现金给付等。

长期护理保险制度提供的上述三种服务方式的组合结构与绝大部分地区和城市制定的养老服务格局——“9073”或“9064”结构（即 90%老年人采取居家养老、7%或 6%采取社区养老、3%或 4%采取机构养老）的发展目标大致吻合。在长期护理保险的三种服务方式中，目前各试点地区较为流行且普遍受欢迎的是以居家上门护理为主，入住机构护理为辅，现金给付只面向那些数量不多、确有亲属给予亲情照护并自愿提出申请的失能人员。此外，很多试点地区还提供辅具租赁服务。

但也有个别试点城市提供的服务方式始终是以发放现金为主，以机构护理为辅，居家上门护理的比例微不足道。例如，2023 年笔者实地调研获得的数据显示，某试点城市接受居家上门服务的人数仅占全部受益人数的 0.06%，入住机构护理人数占比为 4.04%，而接受现金服务的失能人员占比高达 95.90%。不同于基本养老保险，长期护理保险提供的应主要是“现场服务”，而不应是现金给付，长期护理保险应避免“蜕变”为“残疾补贴”或“第二养老金”，防止出现现金“一发了之”的简单做法。

长期护理保险坚持以居家上门护理等“现场服务”为主是长期护理保险与基本养老保险的最大区别。如以现金发放为主，长期护理保险必将出现“异化”，其意义将大打折扣。不仅其制度运行成本远高于在养老保险或高龄津贴中“嵌入”一部分护理费，还不能为失能人员带来获得感，不能发挥长期护理保险应对人口老龄化的社会功能，也不能建立和培育长期照护的相关产业链和生态体系，不利于拉动就业（护理人员、评估专业人员、辅具租赁业等）。

在下一步推进长期护理保险的过程中，建议将其服务方式明确为以居家上门护理为主，立足护理服务的战略购买，以公共购买服务的方式提供规范可及的“现

场服务”，培育长期照护产业生态环境，满足失能人员家庭关系维持、精神慰藉等需求。通过上门护理、机构护理和辅具租赁等服务方式，在尊重居家照护传统基础上，为失能人员提供专业化和产业化的服务系统、标准化和规范化的服务产品，建立健全护理服务人员队伍的培训制度，提升护理人员素质，打造长期护理生态链。同时，明确全国统一的服务机构资质，健全独立的护理人员职业认定和薪酬待遇体系，提高职业吸引力和队伍稳定性，推进长期护理保险专业人才培养建设。

### （三）服务项目的侧重比例：以基本生活照料为主，还是以医疗护理为主？

第 80 号文和第 37 号文均提出，将长期护理保险制度建成“为长期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提供资金或服务保障的社会保险制度”。其中，第 80 号文进一步强调“长期护理保险制度以长期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基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理”。在实践中，绝大部分试点地区长期护理保险制度提供的服务是以基本生活照料为主、医疗护理服务为辅，或两者兼顾。

但近年来，随着试点城市数量的逐渐增加，由于制度顶层设计中尚未对什么是“与基本生活密切相关的医疗护理”作出政策释义和量化规范，不同地区长期护理保险服务规范的差异性日渐显现。一是由于对概念的理解不尽一致，有些试点城市医疗护理项目数量超过 20 项，生活照料项目则较少，而有些试点城市则相反，医疗护理项目数量只有个位数；二是在医疗护理项目较多的试点地区中，由于专业医疗设备数量较多，医疗护理支出规模明显高于生活照料支出，基金支出压力快速增加；三是增加医疗护理项目的呼声和要求逐渐高涨，医疗护理项目具有逐渐增加的趋势。

长期护理保险与基本医疗保险两个制度的支付边界本身就存在模糊不清的灰色地带，加之长期护理保险“搭载”于医保制度之上，如不处理好生活照料与医疗护理二者的关系，长期护理保险容易走向医疗服务“养老化”或养老服务“医疗化”的极端，这两种倾向均不是完整意义上的“康养融合”，对两个制度的可持续性发展均有不利影响。实际上，在长期护理保险制度中，生活照料与医疗护理两类项目之间也存在交叉与界限不清的地方，如无量化规定，“与基本生活密切相关的医疗护理”将很难定义，甚至产生争议。



在下一步推行长期护理保险的进程中，首先，建议制定长期护理保险服务项目与器械（报销）目录，此目录与国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录并列，以廓清支付界限。再次，建议尽快建立长期护理保险的生活照料、医疗护理和辅助器具的《待遇清单制度》，如同 2021 年公布的《医疗保障待遇清单制度》，通过国家层面统一待遇清单，对服务项目和质量标准加以规范，为建立其价格形成机制和支付机制创造条件。最后，对生活照料与医疗护理在在基金支出比例或项目数量比例上作出明确规定。

总之，长期护理保险制度的服务规范应以基本生活照料为主，辅之以一定的医疗护理，进而对其项目数量、比例和范围作出规定，正是从这个角度讲，在有些国家和地区，长期护理保险制度常常被称之为“长期照护保险”。

#### （四）两大板块的覆盖边界：以城镇职工为主，还是扩展至农村居民？

虽然长期护理保险基金主要来自医保基金的“平移”，长期护理保险参保人实为医疗保险的同一个参保群体，但各试点城市长期护理保险覆盖范围存在较大差别。在目前 49 个试点城市中，长期护理保险覆盖范围主要有三种模式：“模式一”是仅覆盖职工医保参保人群，“模式二”是覆盖职工医保和城乡居民医保参保人群，“模式三”是覆盖城镇的职工医保和城镇的居民医保参保人群。

总体看，在过去几年里，第一批试点城市的发展趋势是从模式一扩展至模式二，长期护理保险实现了全覆盖。例如，在第一批 35 个试点城市中，最初有 9 个城市采取模式一，2019 年以后，有 7 个试点城市先后从模式一转向模式二。2021 年第二批 14 个试点城市在确定参保范围时显得十分谨慎，考虑到制度支出压力和服务触达能力，有 12 个试点城市采取了模式一。截至目前，采取模式三的试点城市只有 2 个，其余试点城市大约各有一半采取的是模式一和模式二。

在模式一向模式二延伸的过程中存在一个倾向，即随着长期护理保险实现全民参保之后，制度收入快速增长，但服务项目的覆盖范围却未随之相应得到延伸，导致基金结余规模与日俱增。例如，根据笔者实地调研，某试点城市 2016 年参保范围仅覆盖职工医保参保人群，2019 年延伸至居民医保参保人群，参保人数从 37 万人迅速扩大到 659 万人，基金收入也快速提高。但年均基金支出仅为年均收入的 25%，截至 2023 年底，形成累计基金余额高达 20 亿元，相当于可支付 16 年的基金规模，资金使用处于严重低效状态。

在未来推进建立长期护理保险制度的进程中，对制度覆盖范围的拓展应提出技术和参数要求，设定 2035 年之前为过渡期，在过渡期内，长期护理保险服务项目如果难以“触达”和“下沉”至农村偏远山区，应先夯实城镇职工医保人群的长期护理保险服务项目，以此为基础，允许按不同服务项目，先易后难，逐渐向农村尤其农村偏远山区延伸，随着支出的提高，逐渐提高缴费比例和基金收入规模，不断积累经验，防止揠苗助长，提高资金使用效率，以减少全社会的福利损失，待 2035 年过渡期完成之后再要求实现全民覆盖。

### 三、长期护理保险的模式选择

如果说制度定位属于顶层设计，模式选择就属于制度运行的体制机制设计。在制度定位明确之后，模式选择的作用就显得非常重要，尤其在长期护理保险推向全国之后，随着城乡居民参保人数和受益人数的激增，要处理好制度体量与运行质量的关系；在保障水平呼声越来越高的福利刚性趋势下，要处理好可持续性与公平性的关系；在经济运行压力持续加大预期下的独立筹资和独立险种的制度建设中，应处理好制度目标与条件约束的关系；在引入社会力量参与经办体系建设的过程中，需处理好社会效益与运行效率的关系。

在本文列出的四个模式选择中，运行模式是指在长期护理保险实现城乡全覆盖的地区，包括待遇水平在内的政策设计是城乡一体化模式，还是分立模式；保障模式是指在筹资水平既定条件下，对重度、中度和轻度等级的失能人员覆盖的先后次序的选择；筹资模式是决定长期护理保险能否建成独立险种的关键设计之一，筹资水平区间的设定和筹资渠道的确立具有决定性意义；经办模式包括政府经办和引入社会力量参与经办，在四个经办模式中虽然他们各有千秋，但在推行长期护理保险过程中须提出明确要求。

#### （一）运行模式的选择：统一模式与分立模式

基于经济社会二元结构的基本国情，我国养老保险和医疗保险均分设两个制度（职工制度和居民制度），其筹资来源结构、筹资水平、待遇水平、报销比例、资金池管理等均呈现鲜明差异性。例如，职工医保与居民医保的缴费参保政策存在明显差异，职工医保采取的是“权益积累型”模式，即“在职缴费，终身享有”，累计缴费年限达到 25 年（各地略有差异）时退休后无须缴费，而居民医

保采取的是“终身缴费型”模式，即“终身缴费，终身享受”，退休后仍需持续缴费<sup>①</sup>。

既然养老保险和医疗保险采取的是分立制度，待遇水平存在差异，那么，长期护理保险在待遇水平上是延续医保制度的分立模式，还是跨越二元结构、采取城乡统一模式？从目前的实践来看，长期护理保险覆盖范围在从模式一向模式二过渡过程中，其运行模式大约有三种：一是统一模式，即职工和居民两个制度的筹资水平、待遇水平、服务项目类别供给、资金池管理和预算管理等领域完全一致，采取这类模式的城市不多，且农村地区提供的服务方式几乎全部是现金给付，因为只有在农村地区提供现金给付才能很容易实现待遇水平的一致性；二是分立模式，还有少部分试点城市采取完全的分立模式，即除筹资和待遇水平等方面分立以外，在资金池、预算和经办等管理方面实行的也是分立模式；三是混合模式，多数城市采取这个模式，即在职工和居民两个制度中，筹资水平、待遇水平、支付条件和标准等方面略有差别，但在资金池管理、预算管理和经办管理等方面实行统一管理模式。

在分立模式中，由于筹资水平差异较大，其待遇水平也必然相应存在明显的差距。但在混合模式中，由于其基金池和预算等采取统一管理方式，待遇水平可采取一定的“再分配”方式向农村地区倾斜。基于这些分析，建议下一步长期护理保险推向全国时，在 2035 年之前的过渡期内，允许个别地区的运行模式以分立为主，待遇水平存在一定差距，鼓励向混合模式过渡，逐渐缩小待遇差；在 2035 年之后，待中国经济发展进入中等发达国家水平之后，再适时提出向统一运行模式过渡的要求。

## （二）保障模式的选择：窄口径模式与宽口径模式

根据 2021 年国家医保局办公室和民政部办公厅发布的《长期护理失能等级评估标准（试行）》（医保办发〔2021〕37 号），长期护理失能等级分为六个级别：0 级（基本正常）、1 级（轻度失能）、2 级（中度失能）、3 级（重度失能 I 级）、4 级（重度失能 II 级）、5 级（重度失能 III 级），可将其分为“宽口径”保障即保障范围为 1 级至 5 级（包括轻度失能、中度失能、全部重度失能）、“中口径”保障即仅包括 2 级至 5 级（包括中度失能、全部重度失能）、“窄口

<sup>①</sup> 郑秉文：《“十四五”时期医疗保障可持续性改革的三项任务》，《社会保障研究》期刊，2021 年第 2 期。

径”保障即保障范围仅包括3级至5级（只覆盖全部重度失能）。

在过去的几年里，试点地区长期护理保险的保障模式逐渐形成了以窄口径保障为主、中口径保障为辅、少数宽口径保障的保障模式结构。根据试点城市医保部门公布的相关政策文本的粗略统计，采取窄口径保障模式的城市有26个，中口径保障模式的为16个城市，宽口径模式为7个城市。但近年来逐渐出现一个“扩展”趋势，其次序是窄口径向中口径和失智人员，中口径向失智人员和轻度失能人员扩展的发展趋势。

有学者估算与预测<sup>①</sup>，2023年全国仅65岁及以上的重度失能老年人数量就高达1329万人，其中，农村551万人，城镇778万人。随着老龄化的加剧，到2035年，全国65岁及以上的重度失能老年人总数预计将达1574万人，其中，农村略有减少（532万人），而城镇将达1042万人，换言之，到2035年，城镇重度失能人数将净增264万人。在这项研究中，作者估算2021年65岁及以上的全国失能老年人人数为2355万人，与前文引述的2016年全国老龄工作委员会办公室进行的第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查结果（全国60岁及以上失能、半失能老年人4063万，失能率为18.3%）进行比对之后发现，这项学术研究的估算结果已经非常保守了，这说明，长期护理保险即使采取窄口径保障模式，未来的压力也是非常大的。

为此，建议在2035年之前的过渡期内，对保障模式的扩展采取谨慎态度，对新建立的长期护理保险制度的保障模式应作出明确规定，窄口径保障模式应成为主流保障模式。2035年之后，随着个人缴费能力提高，尤其是在财政投入提高之后，筹资水平逐渐提高，长期护理保险保障模式的扩展问题再提到议事日程。

### （三）筹资模式的选择：独立筹资与独立险种

远期看，长期护理保险在社会保障体系中应是一个独立险种，这既是80号文和37号文确定的一个制度目标，也是确保医疗保险和长期护理保险两个制度在财务上得以健康运行的制度保障，而建立一个独立的筹资模式则是建立独立险种的首要条件。这就涉及要设定一个合理的筹资水平区间，确定一个具有可负担性和可持续性的筹资渠道，建立一个长期稳定且与风险水平相匹配的费率结构。

一是筹资水平。由于80号文和37号文尚未对筹资水平作出明确规定，49

<sup>①</sup> 程明梅、杨华磊：《中国城镇失能老年人口规模及养老需求预测》，《北京社会科学》，2024年第3期，第114-128页，表3和表5。

个试点城市的筹资水平无论是采取“定额筹资”还是“比例筹资”的方式，其筹资水平的差别都非常大。例如，在“定额筹资”地区中，职工群体筹资额最高的上海是 751 元/年，最低的梅河口市仅为 23 元/年；城乡居民群体筹资额最高的北京石景山是 180 元/年，最低的吉林省有的试点城市仅为 12 元/年。再如，在“比例筹资”地区中，城镇职工群体筹资率最高的青岛是 0.7%，最低是吉林省相关试点城市仅为 0.15%。在职工和居民实行全覆盖的地区，大部分采取差别式筹资政策，职工的筹资水平高于居民，较少地区采取统一的筹资政策。

二是筹资渠道。根据 80 号文和 37 号文对筹资渠道作出的原则性规定，绝大多数试点地区的筹资渠道是来自医保基金划出（主要代表单位缴费）、财政补助（为居民缴费进行配比或代表单位缴费）、个人账户划出（代表个人缴费）等三个来源的不同比例搭配，且主要靠前两个来源渠道。虽然在第二批试点时 37 号文进一步提出筹资以单位和个人缴费为主且原则上按同比例分担，但时至今日，由于种种原因，绝大多数试点城市的筹资结构未有明显变化，长期护理保险在筹资模式上与 37 号文提出的“着眼于独立险种，独立设计”的基本原则仍存在较大差距。这种“搭载型”的筹资模式既不利于长期护理保险制度的可持续发展，也不利于医保制度的公正与可持续发展，事实上，随着人口老龄化的加剧，很多地区医保基金的压力已经显现。

三是费率结构。有些试点地区对不同年龄参保人实行差别费率，费率结构稍显复杂。例如，对个人缴费而言，在实行全龄受益的地区既存在全龄统一费率和分年龄段的差别费率之分，而在分年龄段受益的地区既有统一费率的制度设计，也有按受益年龄段实行差别费率的情况。绝大部分地区已退休人员实行终身缴费政策，学生儿童和大学生不参保。在职工参保的单位缴费方面（包括医保基金划出）和居民参保的财政补贴方面，各试点地区实行的标准也不尽一致，有些地区按年龄段实行差别费率，有的不分年龄段实行统一费率，等等。总之，不同年龄段参保人的筹资标准与该地区的受益年龄段及其资格规定紧密联系在一起，情况较为复杂。

鉴于筹资模式的碎片化现象，建议在推进建立长期护理保险制度的进程中尽快制定统一的筹资政策，确定统一的筹资模式，确保长期护理保险和医疗保险两个制度在健康与可持续的轨道上运行。

第一，在筹资水平上，全国应统一确定长期护理保险缴费率为 0.3% 左右（以医保缴费基数为基础）。长期护理保险在八年的试点中取得了诸多成效，其中一个重要成果是获得了长期护理保险筹资水平区间的参考值，这是制定统一筹资水平的重要依据。在可获得数据的 2021 年 44 个试点城市中，其职工群体人均筹资标准为 123 元/年，其中，有 17 个城市人均筹资标准低于 90 元/年，有 21 个在 90 元/年至 200 元/年之间，其余的高于 200 元/年。由此看来，123 元/年可作为统一筹资水平的一个主要参考值，而 123 元/年大致相当于全口径社会平均工资的 0.15%。考虑到医保缴费基数在大多数城市是实际工资的 60% 左右，城镇职工的长期护理保险筹资水平可确定为医保缴费基数的 0.3% 左右，考虑到待遇差的因素，城乡居民的筹资水平为当地城乡居民人均可支配收入的 0.2% 左右。

第二，在筹资渠道上，职工长期护理保险单位和个人缴费按同比例分担，即单位和个人分别承担 0.15%。根据 2021 年对 116 个城市的统计，职工医保（不含生育保险，下同）的单位缴费率均值为 7.29%，高于规定的 6%，个人缴费率的均值为 1.94%，略低于规定的 2%<sup>①</sup>。叠加长期护理保险的费率之后，单位和个人的缴费率平均将分别提高至 7.44% 和 2.09%，缴费负担并未明显增加。长期护理保险费与医疗保险费同单独立征收（类似与生育保险合并实施），同时停止医保基金和职工个人账户的划出，与医保基金完全脱钩，以保持与居民筹资结构的一致性（城乡居民医保账户已于五年前取消）。城乡居民长期护理保险的资金来源渠道保持不变，在 0.2% 的筹资标准中，财政补助和个人缴费按同比例分担，即分别承担 0.1%，每年根据当地人均可支配收入的变化公布和调整具体缴费金额。例如，2023 年全国农村居民和城镇居民可支配收入分别 2.2 万元和 5.2 万元<sup>②</sup>，即该年度农村和城镇居民长期护理保险个人缴费金额（财政补助）分别为 22 元/人和 52 元/人。

第三，在费率结构上，可从参保人统一费率制向差别费率制逐渐过渡。绝大多数试点地区实行参保人统一费率制，个别地区根据不同年龄实行差别费率制，因为参保人的年龄越高，失能风险越大。例如，成都的职工依不同年龄实行三档差别费率制，即 40 岁以下参保人费率为缴费基数的 0.1%，40~60 岁是 0.2%，60

<sup>①</sup> 郑秉文：《调整个人缴费比例和缴费公式是健全可持续筹资机制的基础》，《中国医疗保险》，2021 年第 7 期。

<sup>②</sup> 《2023 年国民经济和社会发展统计公报》，见国家统计局官网。

岁以上的退休人员的费率为 0.3%，并实行终生缴费。同时，单位缴费部分按每人 0.2% 的费率从医保基金中划入，对 60 岁及以上退休人员按参保人数给予财政补助，其补助的标准按 0.1% 的费率划入。成都居民的个人缴费采取统一费率制，即 25 元/年，但财政补助为两档，即 60 岁以下参保人 13 元/年，60 岁及以上人员 20 元/年<sup>①</sup>。差别费率的费率结构既坚持了社会保险的互助共济原则，又兼顾合理划分筹资责任的保障机制。日本和韩国等国家建立的长期照护保险规定 40 岁及以上人员强制性参保并实行差别费率。在坚持以收定支的筹资原则下，实行统一费率制较为简单易行，可考虑在 2035 年之前实行统一费率制，2035 年之后实行差别费率制。

#### （四）经办模式的选择：委托管理与政府采购

80 号文和 37 号文均指出：积极发挥商业保险机构等各类社会力量的作用，提高经办管理服务能力；引入社会力量参与长期护理保险经办服务，充实经办力量。长期护理保险试点八年来，从经办事务参与范围的角度看，试点地区逐渐形成了社会力量参与程度依次提高的四种经办模式：以上海为代表的政府经办模式，以青岛为代表的专项委托模式，以成都为代表的部分委托模式和以南通为代表的全面委托模式。在 49 个试点城市中，采取政府经办模式的城市很少，只有上海、威海、济宁等，它们基本没有委托外部社会力量，所有经办事务均由医保部门亲力亲为。

在 45 个实行委托模式的城市里，绝大多数引入的社会力量为保险公司。其中，专项委托模式是指将某 1~2 项经办事务委托给保险公司。例如，申请受理业务或失能评估业务，在这个模式里，社会力量参与度最低，其风险分担程度也最低，甚至基金不拨付至保险公司。部分委托模式承担的经办业务较多，除申请受理和失能评估，保险公司一般还承担费用审核、监督管理、稽核巡查、档案管理、信息化建设等，并承担一定的超支风险。全面委托是参与度最高的模式，指保险公司几乎参与经办业务全流程，还包括基金结算和政策制定等，且基金拨付至保险公司，保险公司承担超支风险。在三种委托模式里，绝大多数城市采取的是后两种模式，并对保险公司建立起监督考核办法、绩效评价机制、风险防范机制和相应的经办规程等。

<sup>①</sup> 《成都市人民政府关于深化长期照护保险制度试点的实施意见》（成府发〔2020〕16 号）。

上述四种经办模式中绝大多数经办机构建立了综合信息平台，与医保平台实行信息共享，同时对长期护理保险提供的各类服务项目和过程实行即时管理和监督，对经办机构建立起奖惩机制。各地经办机构对失能评估机构和服务机构实行规范化管理，对失能评估人员和失能服务人员定期开展专业培训，有效保证了长期护理保险服务的供给质量。为提高长期护理保险经办系统的专业化水平，2020年在新增第二批试点城市时，37号文对经办管理引入社会力量提出了明确要求，并明确作出从长期护理保险基金中按比例或按定额支付经办服务费的规定，这是一个重要的制度创新，是社会保险经办服务管理的一个重要突破，为其它各项社会保险经办体系改革开了历史先河，而此前包括大病保险和长期护理保险在内的委托社会力量参与经办支付的管理费在基金中列支始终没有政策依据，不利于保护和提高保险机构等社会力量参与经办服务的积极性。

经办服务费用在基金中作为成本列支是国际惯例，不仅可解决长期护理保险的经办费用列支渠道难题，也可成为考核经办机构和社会力量绩效的一个标尺，同时，也是落实2020年印发的《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》提出的大力推行“经办机构法人治理，积极引入社会力量参与经办服务”和建立共建共治共享的经办治理格局的重要前提。全国统一的失能等级评估标准已经发布，由政府向社会力量采购服务，委托商业保险机构和第三方评估机构参与管理，这将有助于减轻政府经办负担，提高经办服务效率和质量。在长期护理保险推向全国之后，基金收入规模和居家上门服务人数将呈明显增加态势，商业保险机构在精算和控费上的优势将大有可为。

虽然在第37号文规定的管理费改革的激励下，第二批试点城市的经办管理全部引入了社会力量，但仍需加快改革步伐，推动政府经办模式向委托模式转型。为此，提出政策建议如下：一是明确商业保险公司受托承办长期护理保险的经办管理模式，包括建立医保经办机构与承办商保公司权责对等的承办机制，厘清各自的职责范围，明确商业保险公司的承办责任和授权范围（如共享医保相关信息数据等），统一规范受托经办业务内容；二是建立统一的商业保险公司受托承办长期护理保险的经办管理机制，包括统一的招标与准入规范和退出机制、日常管理与年度考核机制、经办管理费标准等；三是制定统一的商业保险公司受托承办长期护理保险的经办管理标准，包括服务产品和辅具租赁的标准化建设、服务人



员专业化规范、服务质量管理系统化，等等。

#### 四、简单结论

本文对长期护理保险试点八年来取得的成就进行了总结，对存在的问题进行了分析，着重讨论了存在至今的制度定位的四个问题和模式选择的四个做法。建议下一步向全国推进长期护理保险时对这个八个存在不同看法和不同做法的制度设计深入讨论后作出统一的政策规划，最大限度避免政策碎片化趋势的蔓延。本文在分析讨论上述问题和提出政策建议时是基于如下三点认识并在此基础上展开的。

##### **（一）当“多点试错”的政策碎片化现状到一定程度时，应尽快出台统一的顶层设计**

长期护理保险作为中国社会保障体系的一项重要制度安排，与其他各项社会保障制度一样，在建立之初采取的也是“自下而上”、“多点试错”的方法论，摸着石头过河的优势是启动程序快捷简便，具有广泛性、包容性、灵活性等特点。在经过若干年局部的适用性、实证性、创新性的检验之后，中央政府最终及时作出决策，自上而下地在全国范围统一制度。实践证明，这种独具中国特色社会保障发展之路行之有效。历时八年的来自基层 49 个试点城市的“多点试错”为决策者提供了足够多的数据和思考。虽然它们在制度定位和模式选择等方面的政策碎片化现象十分突出，但“多点试错”产生的机会成本却远小于“连续试错”带来的机会成本，决策者应抓住时间机会窗口，尽快出台统一规范性政策。根据第 37 号文的部署，长期护理保险试点期限 2 年，本应于 2022 年底结束试点。总书记和党的十八届三中全会指出，要坚持摸着石头过河和加强顶层设计相结合，尤其是，总书记还指出，“社会保障体系建设要坚持国家顶层设计，做到全国一盘棋”。摸着石头过河和加强顶层设计相结合是推进长期护理保险发展的方法论，应尽快进入顶层设计阶段，否则，不断加剧的政策碎片化趋势将导致严重的路径依赖，不仅增加未来全国统一制度的困难，不利于社会稳定，而且还将增加沉没成本，进而增加全社会的福利损失。

##### **（二）坚持尽力而为、量力而行是建立长期护理保险的基本原则**

中国式现代化是人口规模巨大的现代化，也是实现全体人民共同富裕的现代

化，构建社会保障体系应坚持尽力而为、量力而行的基本原则。总书记指出：“共同富裕本身就是社会主义现代化的一个重要目标，要坚持以人民为中心的发展思想，尽力而为、量力而行。”长期护理保险试点八年来的实践是体现尽力而为、量力而行的真实写照。众所周知，在大多数发达国家，长期照护系统不是体现在税收筹资的社会保障制度之中，就是在一定程度上嵌入在医疗、健康或养老的社会保障制度之中，且商业保险也提供一定的长期照护产品，而独立建立长期照护社会保险制度的国家只有六个。根据建立的时间，它们依次是荷兰、以色列、德国、卢森堡、日本、韩国。按 2015 年不变价格计算，这六个国家在建立长期护理保险制度时人均 GDP 已达 3.4 万美元，就连 1968 年建立长期护理保险的荷兰人均 GDP 也近 2 万美元。相比之下，2016 年中国长期护理保险制度试点时人均 GDP 仅为 8866 美元，2023 年人均 GDP 为 1.27 万美元。再看人口老龄化率的情况，在建立长期护理保险时，最低的老龄化率为 9.1%（以色列）和 10.0%（荷兰），最高的达 17.4%（日本）和 15.4%（德国），中国 2016 年启动长期护理保险试点时老龄化率为 10.8%，2023 年为 15.4%<sup>①</sup>（见表 1）。

表 1 六个建立长期照护社会保险的国家基本情况

国家	2023 年人口 (万人)	通过立法年份	制度实施年份	制度实施时人均 GDP (2015 年不变价格)	制度实施时人口老龄化率 (%)	2023 年人口老龄化率 (%)
荷兰	1801	1967	1968	1.94 万美元	10.0	20.2
以色列	919	1986	1988	2.16 万美元	9.1	12.4
德国	8440	1994	1995	3.16 万美元	15.4	22.8
卢森堡	66	1998	1998	7.49 万美元	14.2	15.1
日本	12467	1997	2000	3.14 万美元	17.4	29.6
韩国	5176	2007	2008	2.39 万美元	10.2	18.3

注：长期护理保险建立时间根据网上资料整理。美元换算价格引自世界银行官网，人口老龄化率指 65 岁及以上人口占总人口比例。

### （三）在长期护理保险面向全国时，应采取“两阶段推进”策略

本文多处提到，在结束试点之后，从尽力而为、量力而行的基本原则出发，考虑到人口老龄化的趋势和 49 个试点地区政策碎片化现状，为实现平稳过渡和顺利衔接，长期护理保险面向全国时应采取“两阶段推进”策略。从现在到 2035 年为第一阶段或称过渡阶段，在这个阶段，考虑到福利刚性等因素，各试点地区

<sup>①</sup> 分别引自 2016 和 2023 年《国民经济和社会发展统计公报》，见国家统计局官网。

和新建立制度地区采取不同的策略，即试点地区可在一定程度保留原有的制度设计，采取逐步过渡的办法向全国统一制度靠近，而新建立长期护理保险的地区在一定的政策区间从低水平起步并实施全国统一制度标准。从 2035 年到 2050 年为第二阶段，全国长期护理保险实现制度统一后，有步骤地根据 GDP 水平的提高逐渐提高待遇水平。采取“两阶段推进”策略主要是基于三个因素：

一是契合党的二十大提出的两步走战略安排，即从 2020 年到 2035 年为第一阶段，人均 GDP 达到中等发达国家水平，第二阶段是 2035 年到本世纪中叶实现社会主义现代化强国；二是即使到 2035 年中国人均 GDP 达到中等发达国家水平（人均 GDP 为 2.5 万美元至 2.8 万美元之间）也远低于日本 2000 年建立介护保险时 3.92 万美元人均 GDP 的水平（现价）<sup>①</sup>，而时至今日，日本介护保险仍以 65 岁及以上失能老年人为主，40 岁及以上仅覆盖患有与衰老相关疾病的残疾人员，即建立介护险的初衷仍为应对人口老龄化，即使这样，被认定需要长期照护的人数比初建介护保险时增加了 2.6 倍；三是不可低估人口老龄化的发展速度对长期护理保险带来的压力。联合国每隔几年发布一版“世界人口展望”，对中国 2050 年 60 岁及以上老年人占总人口比例的预测在过去几年里曾发生戏剧性变化<sup>②</sup>：2017 年版的预测是 35.1%，2019 版下调至 34.6%，但 2022 版则快速上调至 38.9%，2024 版（7 月）再次上调至 40.0%。这充分说明，在建立长期护理保险时要充分预估人口快速老龄化对其带来的压力：如按前文官方公布的 60 岁及以上老年人失能率 18.3%推算，根据 2024 版的预测，到 2035 年和 2050 年老年人规模将分别达 4.22 亿和 5.04 亿，届时失能和半失能老年人将分别达 7724 万和 9223 万。就是说，中国式现代化不仅是人口规模巨大的现代化，也是失能人口规模巨大的现代化。

### The Institutional Positioning and Mode Selection of Long-Term Care Insurance

Zheng Bingwen

Professor, School of Government of UCASS

Director General of CISS, CASS

**【Abstract】** Since 2016, the number of pilot cities (regions) for long-term care

<sup>①</sup> 世界银行官网：

<https://databank.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD/1ff4a498/Popular-Indicators#>

<sup>②</sup> 联合国人口总司官网：<https://population.un.org/wpp/>

insurance have expanded to 49 and long-term care insurance made significant progress. Each pilot city (region) has introduced many institutional innovations tailored to local conditions, but there is also obvious policy fragmentation. This article focuses on four issues related to the fragmentation of the long-term care insurance system, including the target population benefiting from the policy, the supply structure of service modes, the focus of service projects, and the coverage boundaries of the two major institutional sectors; Emphasis was placed on analyzing four different approaches of mode selection, including operation mode, guarantee mode, financing mode, and administration mode, and corresponding policy recommendations were proposed one by one. According to the methodology of "crossing the river by feeling the stones and combining it with top-level design", this article proposes that the pilot should be completed as soon as possible and enter the top-level design stage to reduce sunk costs; According to the time nodes of establishing long-term care insurance in different countries, the establishment of long-term care insurance system in China fully reflects the basic principle of "do everything within our capacity", which is an important measure to promote Chinese path to modernization and achieve common prosperity; With the trend of population aging, it is recommended to carry out a "two-stage promotion" with the year of 2035 as the boundary to smoothly transit to a unified system for the whole country.

**【Key words】** long-term care insurance, pension insurance reform, social security reform, multiple trial and error, top-level design

**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](mailto:cisscass@cass.org.cn)。

**地址:** 北京东城区张自忠路 3 号院东院北楼。

**电话:** (010) 84083506

**传真:** (010) 84083506

**网址:** [www.cisscass.com](http://www.cisscass.com)

**Email:** [cisscass@cass.org.cn](mailto:cisscass@cass.org.cn)

**联系人:** 董玉齐