



中国社科院社会保障实验室

中国社科院社会保障实验室

工作论文

SSL Working Paper Series

WP No.219-20251229

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、梁馨月联合撰写的《长期护理保险筹资制度存在的问题与优化对策——以 10 个试点城市的数据为例》，该文已刊登于《行政管理改革》2025 年第 10 期，第 36-47 页。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。

长期护理保险筹资制度存在的问题与优化对策*

——以 10 个试点城市的数据为例

郑秉文

中国社会科学院长城学者

中国社会科学院世界社保研究中心主任

梁馨月

山东省医疗保险事业中心经济师

【摘要】通过对长期护理保险 10 个试点城市筹资制度的深入调研和政策文本的系统梳理，在肯定其主要成效的基础上，对其筹资制度运行现状进行全面分

* 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”（23ZDA100）。郑秉文，中国社会科学院长城学者，中国社会科学院大学政府管理学院教授、博士生导师，世界社保研究中心主任；梁馨月，山东省医疗保险事业中心经济师。

析。10个试点城市在筹资标准、筹资结构、筹资渠道、保障范围、动态筹资调整机制等方面存在严重的碎片化和不均衡现象，对医保基金和财政补助的依赖度过高，个人和单位筹资责任基本缺失。为降低试错成本和沉没成本，建议尽快公布全国统一的顶层制度设计，形成统一的规范性文件，并在过渡期为地方保留一定的自主调节空间。同时，优化责任共担机制，实行按比例筹资，构建动态筹资调整机制。

【关键词】长期护理保险试点；长期护理保险筹资；医保基金管理；社会保险；人口老龄化

引言

党的二十届三中全会明确指出：“加快建立长期护理保险制度”。长期护理保险是我国积极应对人口老龄化的一项重要制度安排。我国于2001年步入人口老龄化社会，2021年进入深度老龄化社会，2032年将迈入超级老龄化社会^①，届时，60岁及以上老年人口数量将达3.94亿人，是2001年的3倍^②。老年人口是失能风险的高发群体，随着人口老龄化程度的不断加深，失能老人的数量将倍增，这将不可避免地加重家庭和社会的老年抚养与照护负担。同时，人口老龄化和少子化现象的叠加，将导致家庭规模日益小型化，家庭内部的失能照护能力也将逐渐减弱。

为积极应对人口老龄化，2016年和2020年人力资源和社会保障部与国家医保局先后两批开展长期护理保险试点，全国有49个城市参加了长期护理保险试点。本文搜集全国10个试点城市的长期护理保险筹资政策文本，从筹资标准、筹资结构、筹资渠道、保障范围、动态筹资调整机制等五个方面分析试点城市筹资制度的现状，总结试点城市长期护理保险筹资制度的成效，揭示筹资制度存在的问题及其成因，提出优化长期护理保险筹资制度的政策建议，旨在为长期护理保险推向全国和建立统一制度提供有益参考。

一、长期护理保险试点的筹资制度现状

根据2016年印发的《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》（人社发〔2016〕80号）（以下简称“80号指导意见”）

^① 郑秉文.人口老龄化进行时:应对措施的国际比较与启示[J].中国党政干部论坛,2024(12).

^② 联合国人口总司官网：<https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>

和 2020 年印发的《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 号指导意见”) 规定的筹资政策的基本原则, 各试点城市制定了相应的筹资制度, 其共性特征是对医保基金的依赖性和地区间的差异性较为明显, 同时也显示出各地对长期护理保险多元化筹资渠道的积极探索和制度创新。

(一) 长期护理保险试点筹资政策的主要规定与特征

80 号指导意见首次明确了长期护理保险筹资制度的基本原则: 一是筹资标准“按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则合理确定”; 二是筹资机制坚持互助共济、责任共担的“多渠道筹资”; 三是筹资渠道“可通过优化职工医保统账结构、划转职工医保统筹基金结余、调剂职工医保费率等途径筹集资金”。四是“建立与经济社会发展和保障水平相适应的动态筹资机制”。

37 号指导意见在坚持筹资原则、筹资机制、筹资渠道不变的基础上进一步指出: 一是关于筹资规模, 提出“科学测算基本护理服务相应的资金需求, 合理确定本统筹地区年度筹资总额”的要求, 明确筹资规模与保障范围要相互适配; 二是关于筹资责任, 明确要求“筹资以单位和个人缴费为主, 单位和个人缴费原则上按同比例共担”; 三是关于筹资方式, 在“起步阶段可从其缴纳的职工基本医疗保险费中划出, 不增加单位负担”, 个人缴费部分可由“职工基本医疗保险个人账户代扣代缴”。

概而言之, 两个《指导意见》(见表 1) 对长期护理保险筹资政策的基本原则提出了总体要求, 但对筹资框架、保障范围、动态调整机制等制度落地的关键环节没有做出具体规定。随着试点城市的增加, 长期护理保险筹资制度日趋丰富, 各地政策碎片化现象日趋明显, 且正在形成路径依赖, 为全国统一制度带来挑战。

表 1 长期护理保险试点筹资政策的主要规定

制度要素	80 号指导意见	37 号指导意见	两个《指导意见》的比较
筹资标准	筹资标准根据当地经济发展水平、护理需求、护理服务成本以及保障范围和水平等因素, 按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则合理确定	科学测算基本护理服务相适应的资金需求, 合理确定统筹地区年度筹资总额	变化不大

筹资结构	无正式明确要求，总体以医保基金为主	以单位和个人缴费为主，原则上按同比例分担	强调单位和个人的筹资缴费责任
筹资渠道	可通过优化职工医保统账结构、划转职工医保统筹基金结余、调剂职工医保费率等途径筹集资金	起步阶段可从其缴纳的职工基本医疗保险费中划出，不增加单位负担；个人缴费部分可以由个人账户部分代扣代缴	在试点期间筹资仍然依赖于医疗保险基金或医疗保险个人账户
保障范围	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等所需费用	重点解决重度失能人员长期护理保障问题	变化不大
动态筹资调整机制	建立与经济社会发展和保障水平相适应的动态筹资调整机制	建立与经济社会发展和保障水平相适应的动态筹资调整机制	变化不大

资料来源：作者根据 80 号指导意见和 37 号指导意见的相关内容制作。

（二）长期护理保险在 10 个试点城市的筹资制度现状

本文梳理出 2023 年度 10 个试点城市职工长期护理保险、居民长期护理保险筹资政策文本内容，将筹资标准、筹资结构、筹资渠道、保障范围及动态筹资调整机制这五要素汇总形成《10 个试点城市职工长期护理保险筹资制度基本情况》（表 2）和《10 个试点城市居民长期护理保险筹资制度基本情况》（表 3），力图展现试点城市长期护理保险筹资制度的现状与差异。

表 2 10 个试点城市职工长期护理保险筹资制度基本情况

试点市	筹资标准	筹资结构	筹资渠道	保障范围	动态筹资调整
A 市	340 元/人/年	个人负担：医保缴费基数的 0.2%	个人负担：医保个人账户划转	重度失能、 重度失智	建立调剂金
		政府负担：30 元/人/年 医保负担：医保缴费基数的 0.3%	政府负担：财政补助 医保负担：医保统筹基金划转		
B 市	75 元/人/年	个人负担：医保缴费基数的 0.15%	个人负担：医保个人账户划转	重度失能	建立风险储备金
		政府负担：2 元/人/年 医保负担：医保缴费基数的 0.15%	政府负担：财政补助 医保负担：医保统筹基金划转		
C 市	100 元/人/年	个人负担：30 元/人/年	个人负担：医保个人账户划转	中度失能、 重度失能	适时调整
		政府负担：30 元/人/年 医保负担：40 元/人/年	政府负担：财政补助和福彩公益金 医保负担：医保统筹基金划转		
D 市	112 元/人/年	个人负担：36 元/人/年	个人负担：医保个人账户划转	重度失能、 部分中度失能、重度失智	无
		政府负担：20 元/人/年 医保负担：20 元/人/年 单位负担：36 元/人/年	政府负担：财政补助 医保负担：医保统筹基金划转 单位负担：单位缴纳		
E 市	100 元/人/年	个人负担：30 元/人/年	个人负担：医保个人账户划转	重度失能	无
		政府负担：15 元/人/年 医保负担：55 元/人/年	政府负担：财政补助和福彩公益金 医保负担：医保统筹基金划转		

F 市	110 元/人/年	个人负担: 35 元/人/年	个人负担: 医保个人账户划转	重度失能、 重度失智	适时调整
		政府负担: 15 元/人/年	政府负担: 财政补助和福彩公益金		
		医保负担: 60 元/人/年	医保负担: 医保统筹基金划转		
G 市	70 元/人/年	个人负担: 30 元/人/年	个人负担: 医保个人账户划转	重度失能、 重度失智	适时调整
		政府负担: 10 元/人/年	政府负担: 财政补助		
		医保负担: 30 元/人/年	医保负担: 医保统筹基金划转		
H 市	100 元/人/年	个人负担: 30 元/人/年	个人负担: 医保个人账户划转	中度失能、 重度失能、 重度失智	适时调整
		政府负担: 40 元/人/年	政府负担: 财政补助		
		医保负担: 30 元/人/年	医保负担: 医保统筹基金划转		
I 市	149 元/人/年	个人负担: 医保缴费基数的 0.1%	个人负担: 医保个人账户划转	重度失能、 中度失能、 部分重度 失智	适时调整
		政府负担: 15 元/人/年	政府负担: 财政补助和福彩公益金		
		医保负担: 医保缴费基数的 0.2%	医保负担: 医保统筹基金划转		
J 市	88 元/人/年	个人负担: 48 元/人/年	个人负担: 医保个人账户划转	中度失能、 重度失能	无, 2023 年 取消政府补 助
		医保负担: 40 元/人/年	医保负担: 医保统筹基金划转		

资料来源: 作者根据相关城市医疗保障局及人力资源和社会保障局官网文件整理。其中, A 市 2012 年建立职工制度。B 市 2014 年建立职工制度。C 市、D 市 2015 年建立职工制度。E 市 2017 年建立职工制度。F 市、G 市、H 市、I 市 2018 年建立职工制度。J 市 2019 年建立职工制度。

表 3 10 个试点城市居民长期护理保险筹资制度基本情况

试点市	筹资标准	筹资结构	筹资渠道	待遇保障范围	动态筹资调整
A 市	60 元/人/年	个人负担: 30 元/人/年 政府负担: 30 元/人/年	个人负担: 医保基金划转 政府负担: 财政补助	重度失能、重度失智人员	建立调剂金
B 市	20 元/人/年	个人负担: 10 元/人/年 政府负担: 10 元/人/年	个人负担: 医保基金划转 政府负担: 财政补助	重度失能	建立风险储备金
H 市	60 元/人/年	个人负担: 0 元/人/年 政府负担: 40 元/人/年 医保负担: 20 元/人/年	政府负担: 财政补助 医保负担: 医保基金划转	重度失能、重度失智	适时调整
C 市	50 元/人/年	个人负担: 0 元/人/年 政府负担: 20 元/人/年 医保负担: 30 元/人/年	政府负担: 财政补助 医保负担: 医保基金划转	中度失能、重度失能	适时调整
G 市	30 元/人/年	个人负担: 0 元/人/年 政府负担: 15 元/人/年 医保负担: 15 元/人/年	政府负担: 财政补助 医保负担: 医保基金划转	重度失能	无
J 市	40 元/人/年	个人负担: 30 元/人/年 政府负担: 10 元/人/年	个人负担: 20 元由医保基金划转; 10 元由个人医保缴费划转 政府负担: 财政补助	重度失能	无
E 市	30 元/人/年	个人负担: 10 元/人/年 政府负担: 5 元/人/年 医保负担: 15 元/人/年	个人负担: 医保基金划转 政府负担: 财政补助 医保负担: 医保基金划转	重度失能	适时调整
I 市	30 元/人/年	个人负担: 10 元/人/年 政府负担: 5 元/人/年	个人负担: 医保基金划转 政府负担: 财政补助	重度失能	适时调整

医保负担: 15 元/人/年 医保负担: 医保基金划转

D 市	-	-	-	-	-
F 市	-	-	-	-	-

资料来源: 作者根据相关试点城市医疗保障局及人力资源和社会保障局官网文件整理。其中, A 市 2012 年建立居民制度。B 市 2018 年建立居民制度。H 市 2019 年建立居民制度。C 市 2020 年建立居民制度。G 市 2021 年建立居民制度。J 市、E 市、I 市 2023 年建立居民制度。截至 2023 年末 F 市、D 市暂未建立居民制度。

长期护理保险试点城市的筹资制度显示出如下特征: 职工制度与居民制度二元分立, 对医保制度的“路径依赖”较为显著; 筹资结构中医保基金和财政补助的占比很高, 显示出对医保制度和各级财政的依赖性十分明显; 单位缴费和个人缴费的占比很小, 且职工制度的个人缴费以医保个人账户的支付为主; 定额筹资与比例筹资两个模式并存, 但以定额筹资为主; 待遇水平参差不齐, 但以“保基本”为主, 保障对象以重度失能人员为主; 动态调整机制基本缺位, 风险预警和精算调整机制有待健全。

长期护理保险筹资制度的上述特征说明: 长期护理保险作为一个独立的社会保险项目在短期内难以完全独立运行, 并为医保基金带来一定的财务负担; 职工制度与居民制度的分立模式在短期内难以彻底消除, 城乡二元结构依然十分显著; 城市和地区间筹资标准和筹资水平差异较大, 区域发展失衡趋势短期内难以解决。

(三) 长期护理保险试点筹资政策取得的主要成效

试点九年来, 长期护理保险在筹资制度探索与建设方面取得了积极成效, 积累了一定的经验, 为长期护理保险推向全国积累了宝贵经验。10 个试点城市的筹资政策文本显示, 他们一方面遵循 80 号指导意见和 37 号指导意见确定的基本筹资原则, 另一方面根据各地实际情况, 因地制宜, 保留了一定的筹资自主权, 建立了各具特色的筹资渠道多元化的基本格局。

其一, 在顶层设计的框架下积极探索, 勇于实践。经过九年的实践, 试点城市各自建立的筹资制度为长期护理保险稳健运行打下了经济基础。在 80 号指导意见和 37 号指导意见的基础上, 各试点省份和城市陆续出台了政策文件, 纷纷建立起符合当地经济发展水平与实际情况的筹资制度, 既保留了地方政府因地制宜的筹资自主权, 又在国家规划的总体要求下勇于创新实践, 不同经济基础条件

的试点城市实施了各具特色的不同做法,为全国实施长期护理保险制度拓展了改革思路。

其二,探索多元化筹资渠道,实现多项突破。部分试点城市创新建立了包括“医保基金划转+财政补助+个人缴费+单位缴费+福彩公益金及社会捐赠”在内的多元筹资渠道。例如,在10个试点城市中有四个城市将福彩公益金纳入长期护理保险筹资范围,一定程度上减轻了财政补助压力。再如,A市将个人缴费与医保个人账户绑定,通过自动划扣机制实现了个人缴费责任。D市率先引入用人单位参保缴费责任,等等。

其三,实行按比例筹资,在职工与居民制度之间建立调剂金。在多数试点城市实行定额筹资模式的环境下,A市、B市和I市建立起比例筹资模式,实现了筹资水平与经济发展水平协同联动。部分试点城市在职工制度和居民制度两个基金池之间建立起风险调剂金,扩大了长期护理保险的统筹范围,在一定程度上实现了职工和居民两个群体之间的收入再分配,提高了长期护理保险的社会共济能力。

二、长期护理保险筹资制度碎片化现象考察

虽然长期护理保险试点工作进行顺利,筹资制度为长期护理保险制度平稳运行作出贡献,但在当时历史条件下,出于积极应对快速到来的人口老龄化需要,决策者将长期护理保险“搭载”在医保制度之上,顶层设计较为简单和粗犷,许多重大制度设计问题尚未明确,制度设计存在较多空白,缺乏整体性和统一性,10个试点城市的筹资制度碎片化现象十分明显,具体表现为筹资标准在各试点城市之间存在显著差距,筹资结构与制度要求之间存在较大距离,筹资渠道明显缺乏共担机制,保障范围参差不齐,动态筹资调整机制处于基本缺位状态。

(一) 筹资标准: 地区之间存在显著差距

80号指导意见和37号指导意见并未对筹资模式作出具体规定,仅提出以收定支、收支平衡的原则,各试点城市据此在筹资标准设定上表现出显著差异。

在10个试点城市中,职工制度的筹资标准分为“比例筹资”和“定额筹资”两种模式。在A市、B市及I市采取的与医疗保险缴费基数挂钩的比例筹资模式中,A市筹资水平最高(基本医疗保险缴费基数总额0.3%、医保个人账户划转0.2%)。在采取定额筹资模式的7个试点城市,筹资水平在70元/人/年(G市)

至 112 元/人/年 (D 市) 之间, 极差高达 42 元。表 4 显示, 职工长期护理保险人均筹资水平约占城镇就业人员平均工资的 0.12%, 其中, A 市 (0.26%) 和 I 市 (0.16%) 高于试点城市的平均水平, 占比最低的是 B 市, 仅为 0.06%, 大部分试点城市在 0.10%~0.11% 之间。

表 4 10 个试点城市职工制度和居民制度人均筹资标准

试点城市	职工制度			居民制度			
	人均筹资标准 (元)	城镇就业人员年均工资 (元)	占比 (%)	试点城市	人均筹资标准 (元)	城乡居民均可支配收入 (元)	占比 (%)
A 市	340	128941	0.26	H 市	60	49221	0.12
I 市	149	94197	0.16	A 市	60	56961	0.11
D 市	112	91562	0.12	C 市	50	32490	0.15
F 市	110	99981	0.11	J 市	40	33505	0.12
H 市	100	92558	0.11	G 市	30	37517	0.08
C 市	100	96948	0.10	E 市	30	35336	0.08
E 市	100	94021	0.11	I 市	30	35877	0.08
J 市	88	89620	0.10	B 市	20	51132	0.04
B 市	75	129169	0.06	F 市	—	47312	—
G 市	70	88295	0.08	D 市	—	27469	—

资料来源: 作者根据相关试点城市医疗保障局及人力资源和社会保障局官网文件整理。城镇就业人员年平均工资和城乡居民可支配收入数据引自相关地方统计年鉴。

居民制度的筹资模式普遍采用定额模式, 筹资标准范围从 20 元/人/年 (B 市) 到 60 元/人/年 (A 市、H 市) 不等。值得注意的是, 试点城市的筹资水平与其人均可支配收入之间的比例并不总是同向的, 有些甚至是反向的, 即出现“倒挂”现象。例如, B 市城乡居民人均可支配收入排名第三, 但其筹资标准和筹资占比却最低; 而人均收入居中的 C 市在筹资比例上却位居第一。

上述试点城市中, 职工制度与居民制度的筹资政策呈现出明显的二元性。具体而言, 职工人均筹资标准 (70 元~112 元) 普遍是居民人均筹资标准 (20 元~60 元) 的 2 倍以上, 且职工筹资标准占工资水平的比重 (0.06%~0.26%) 显著高于居民筹资标准占可支配收入的比重 (0.04%~0.15%)。

(二) 筹资结构: 与制度要求存在较大距离

在筹资结构方面, 只有 37 号指导意见在规定职工制度中退休人员个人缴费来源时提出“有条件的地方可探索通过财政等其他筹资渠道, 对特殊困难退休职工缴费给予适当资助”, 但在实践中, 各级财政部门对长期护理保险的支持远超

出了 37 号指导意见规定的范围，无论是困难职工还是普通职工，无论是退休职工还是在职职工，无论是职工制度还是居民制度，财政补助已经成为长期护理保险筹资结构中的重要来源之一，甚至成为“多渠道筹资”中一个独立的、制度化的主要“供款方”，这是长期护理保险筹资政策在九年试点中的一个重要特征，10 个试点城市的政策文本和实践探索证实了这个重要特征。

先看职工制度，其筹资结构主要有三种类型：一是 A 市、B 市等 8 个试点城市采用的“个人+政府+医保”三元筹资结构，其中用人单位缴费的主体责任完全缺失。二是 D 市实行的“个人+政府+医保+单位”四元筹资结构，该模式有效分担了筹资压力。三是只有 J 市采用的是“个人+医保”二元筹资结构，财政责任被完全排除。

再看居民制度，其筹资结构也分为三种类型：首先，A 市、B 市和 J 市在长期护理保险制度与居民医保制度之间设立了防火墙，采用“个人+政府”的二元筹资结构。其次，H 市、C 市和 G 市没有引入个人筹资缴费责任，建立起“政府+医保”的二元筹资结构。最后，E 市和 I 市构建起“个人+政府+医保”的三元筹资结构，这种结构最大程度地分散了风险和筹资负担。

总体来看，在长期护理保险 10 个试点城市的职工中，仅 D 市由用人单位承担缴费责任，与 37 号指导意见提出的“以单位和个人为主”存在较大距离；只有 J 市的筹资结构中没有引入财政责任。在居民制度中，财政补助覆盖了所有试点城市。

（三）筹资渠道：个人缴费责任在共担机制上存在较大差距

在长期护理保险试点过程中，职工制度的筹资渠道呈现出两个显著特征。首先，职工个人缴费被医保个人账户划转的方式予以替代，这一做法普遍存在于 10 个试点城市样本之中。其次，C 市、E 市、F 市和 I 市等 4 个试点城市引入了财政补助和福彩公益金的补充机制。

居民长期护理保险制度的筹资渠道同样具有两个主要特征。一方面，个人缴费责任几乎完全依赖于医保基金的划转，或说几乎完全由医保基金承担起来，而居民医保基金的主要来源之一是财政转移支付。除 J 市要求居民个人医保缴费中单独划转 10 元外，其余 7 个试点城市均通过居民医保基金代缴个人保险费。另一方面，与职工制度明显不同的是，在居民制度的筹资渠道中尚未引入或建立福

彩公益金的补充机制。

综上所述，10个试点城市长期护理保险的筹资渠道以医保基金和财政补助为主，且对这两者的依赖度都非常高。

（四）保障范围：参差不齐但以“保基本”为主

长期护理保险试点城市的待遇保障范围可基本被分为“宽口径”（保障轻度、中度、重度失能），“中口径”（保障中度和重度失能）和“窄口径”（仅保障重度失能）等三个模式^①。在10个试点城市中，职工制度主要采用“窄口径”和“中口径”两种保障模式。具体而言，A市、B市、E市、F市、G市这5个城市选择了“窄口径”保障模式，而C市、D市、H市、I市、J市则采用了“中口径”保障模式。采用“中口径”模式的试点城市人均筹资标准普遍超过100元/人/年。

相比之下，居民制度的保障范围相较于职工制度有所缩小。在7个试点市中，主要实行“窄口径”保障模式，仅C市采用了“中口径”保障模式（另外两个市尚未开展居民长期护理保险制度）。

近年来，保障范围逐渐呈现出“扩张”趋势。例如，A市和H市已将职工制度和居民制度的保障范围扩展至失智人群。然而，由于失智人员的纳入面临审核评定困难、管理难度大、机构不愿接收等问题，部分试点城市目前尚未将失智人员纳入保障范围。

（五）动态筹资调整机制：正处于逐步探索阶段

虽然80号和37号指导意见提出的建立与经济社会发展和保障水平相匹配的动态筹资机制没有具体规定细节，但在长期护理保险试点中，部分城市还是对建立动态筹资机制进行了一定的尝试。例如，A市、B市和I市的职工制度采用比例筹资模式，筹资水平与职工缴费基数变动挂钩。其中，A市和B市明确建立了风险共济调整机制，即每年按基金总收入的一定比例提取风险储备金，以应对基金收不抵支的风险。

其他试点城市则采取定额筹资模式，筹资标准与经济发展尚未挂钩，也未明确动态筹资调整的规则和方式。随着人口老龄化程度的日益加深、保障范围和待遇水平的不断变化，长期护理保险在中长期内有可能面临较大的收支压力，届时，

^① 郑秉文.长期护理保险的制度定位与模式选择[J].中国医疗保险,2024(9).

风险敞口将完全暴露给医保基金和各级财政。从这个角度讲，医保基金的可持续性与地方的财政能力及其补助意愿对长期护理保险的可持续性将产生较大影响。例如，J市财政部门已取消对职工长期护理保险的补助。从吉林省长期护理保险试点绩效考核结果来看^①，财政补助意愿将有可能成为影响长期护理保险筹资调整及其可持续性的主要因素之一。

三、长期护理保险筹资制度存在的主要问题

试点城市长期护理保险筹资制度呈现出明显的碎片化趋势，它必将为全国统一制度进程带来较大困难，并导致较大的试错成本和沉没成本。筹资负担的不均衡不仅体现在财政补助对不同群体的流向上存在失衡趋势，还导致个别试点城市出现与其经济发展水平“倒挂”的现象。由于筹资渠道过度依赖医保统筹基金，长期护理保险基金的可持续性和独立性面临挑战，同时医保基金支出在长期内也将承受较大压力。在筹资责任方面，由于缺乏多方分担机制，长期护理保险的公平性和普惠性受到损害。10个试点城市的经验证据显示，其基金结余情况出现严重两极分化，既有结余规模低于3个月的试点城市，也有结余规模超过100个月的试点城市。

（一）碎片化制度增加试错成本和沉没成本

由于长期护理保险缺乏全国统一且独立完整的顶层设计，各试点城市制定筹资政策的理念和方式呈现“一市一策”的局面，在筹资标准、筹资结构、筹资渠道等方面碎片化现象十分明显^②，不仅对医保基金和财政补助产生较强依赖，在全国统一制度和全国实施时还将带来较大的试错成本和沉没成本。

筹资制度是长期护理保险制度的核心设计之一，其碎片化现象在很大程度上还将增加制度经办管理上的困难。2023年颁布的第765号国务院令《社会保险经办条例》未能将长期护理保险经办管理纳入其中，进而在保障范围、保障模式和运行模式等制度设计方面难以形成统一标准。长期护理保险试点城市的政策碎片化既不利于制度的公平性，也不利于其可持续性。

（二）筹资负担水平不均衡

长期护理保险试点城市的筹资水平和负担不均衡较为明显^③，它主要体现在

^① 吉林省长期护理保险转移支付2022年度绩效自评报告[EB/OL].吉林省医疗保障局官网：<http://ybj.jl.gov.cn/ybxw/gsgg/202312/P020231205358109657882.pdf>

^② 戴卫东,余洋.中国长期护理保险试点政策“碎片化”与整合路径[J].江西财经大学学报,2021(2).

^③ 张盈华.中国特色长期护理保险制度：理论逻辑与政策选择[J].社会保障评论,2025(4).

两个方面。一方面，在有些试点城市存在与经济发展水平“倒挂”的现象。例如，2023年B市人均GDP在10个试点城市中位居第一，但其职工人均筹资标准仅为75元，仅占职工平均收入的0.08%；而J市人均GDP约为B市的三分之一，但其职工人均筹资标准却为88元，比B市高出17%。长期护理保险筹资水平存在的“经济越薄弱，缴费水平越高”的“倒挂”现象导致的结果也是反向的，即社会公平性和激励性受到损害。

另一方面，长期护理保险试点筹资标准和缴费负担的不均衡还体现在财政补助对不同群体的流向上，这主要表现在人均收入水平较高的职工制度获得的财政补助较多，而人均收入水平较低的居民制度获得的财政补助较少。例如，E市职工长期护理保险人均财政补助额为15元/人/年，而居民长期护理保险人均财政补助额仅为5元/人/年。这种不同收入群体财政补助逆向调节现象的本质是财政转移支付的逆向再分配。

（三）筹资渠道过度依赖医保基金

虽然长期护理保险试点城市的多元化筹资渠道覆盖范围包括“基本医保划转+财政补助+个人缴费+单位缴费+福彩公益金及社会捐赠”，但显而易见的实际情况则是长期护理保险筹资制度主要依附于医保基金，其次依赖于财政补助。例如，在10个试点城市样本中，职工长期护理保险的资金约50%以上来源于医保统筹基金，另有35%来自职工医保个人账户，而后者本质上仍属于医保基金的组成部分。再如，居民长期护理保险的筹资则几乎完全依赖医保基金（包括医保个人缴费）和财政补助。这种筹资结构的依附状况使长期护理保险制度看上去更像是基本医疗保险制度下的“子项目”，难以成为独立于基本医疗保险制度的长期护理保险制度。

但是，由于受到人口老龄化和疾病谱变化等因素的影响^①，基本医疗保险制度本身也将面临日益明显的收支压力，未来长期护理保险的筹资渠道重心最终将有可能逐渐“转嫁”给各级财政。值得注意的是，在过去十多年里，社会保障支出中的财政转移支付已从2013年的2.7万亿元增至2024年的7.1万亿元^②，应对人口老龄化的财政支出科目数量及其支出规模持续增加。

（四）筹资责任影响制度公平性

^① 郑秉文.我国医保支付方式改革：现状、挑战与趋势[J].人民论坛,2025(5)

^② 2013和2024年全国一般公共预算支出决算表，财政部官网：<https://yss.mof.gov.cn/2024zyjs/>

长期护理保险筹资渠道可持续性的失衡可能导致权利与义务对等的公平性受损，这主要体现在两个方面。一方面，公平性受损体现在长期护理保险的责任共担上。在绝大多数试点城市的筹资结构中，个人和单位并不直接参与缴费，尽管多方共同承担筹资责任的政策共识已经达成，但在实际操作中却难以落实，多方缴费权责共担机制几乎完全“失灵”。例如，在 10 个试点城市的制度设计中，仅有 D 市明确了单位缴费责任，而个人直接缴费责任几乎完全被医保基金（职工制度是医保个人账户）所替代。另一方面，长期护理保险公平性受损表现为参保人覆盖范围的“有选择性扩围”。尽管在 10 个试点城市样本中有 8 个建立起居民医保制度，但由于受到财政能力和医保基金积累规模的双重限制，仅 A 市实现了居民的全覆盖，其余试点城市采取的均为“有选择性扩围”，“普惠性”原则不得不束之高阁，同城不同待遇的现象影响了公平性原则的实现。

（五）动态筹资调整机制缺位导致基金结余趋势分化

在全国 49 个试点城市中，大多数试点城市长期护理保险基金积累的结余较多，但也有个别少数试点城市的基金结余很少。10 个试点样本城市中职工制度和居民制度的长期护理保险基金结余情况与全国其他试点城市大致相当，均出现两极分化：个别城市的基金结余低于 3 个月，但多数城市的基金结余超过 9 个月以上，许多城市甚至超过 15 个月，还有几个城市超过 30 个月或 40 个月，甚至有一个城市超过 100 多个月。

由于 80 号和 37 号指导意见并未对建立动态筹资调整机制作出具体规定，尤其在医保基金和财政补助占据压倒性优势的筹资结构条件下，结余较多和结余过多的试点城市均缺乏建立动态筹资调整机制的内在动力，基金结余较少和结余很少的试点城市也没有紧迫感，居民制度就更没有建立基金风险预警标准的内在压力。

四、长期护理保险筹资制度优化对策

在长期护理保险全国实施之际，应尽快公布统一的顶层制度设计，包括筹资政策的规范性文件。同时，在推进长期护理保险的进程中，为试点城市留一定的自主调节空间和过渡期，允许各地根据实际情况分阶段逐渐实施；应秉持“尽力而为、量力而行”的原则，在政策规定范围内，建立与当地经济发展水平相匹配、与地方财政负担能力相适应、符合全国统一筹资标准的合理筹资区间；应明确“多

渠道筹资”中各方主体的责任边界，明确规定中央、省级、市级、县级的财政责任，规范缴费来源，共同承担缴费责任；实行按比例筹资，逐步缩小职工和居民两个制度间的待遇差距，提升农村居民获得长期护理保险待遇的便利性，增强制度的公平性；构建筹资动态调整机制，提升科学决策水平。

（一）尽快统一筹资政策并推向全国

习近平总书记指出：“社会保障体系建设要坚持国家顶层设计，做到全国一盘棋”^①。长期护理保险试点已历经九年，除了国家试点的49个城市外，还有十多个2020年之前自行参与进来的“试点”城市与地区，其制度碎片化趋势将愈演愈烈。为此，国家层面应尽快出台统一的顶层制度设计，公布统一的规范性文件。在推向全国的同时，在筹资基数、筹资渠道、筹资标准、筹资责任和保障范围等方面为试点城市的转型留出一定的自主调节空间，允许其根据实际情况分阶段逐步达标。此外，考虑到不同地区的经济发展水平、城乡差距以及山区服务项目实际触达程度等因素，在长期护理保险全国实施的进度上也应留出适当余地，并在2035年之前设立过渡期。

（二）筹资负担水平应坚持尽力而为、量力而行

长期护理保险的筹资负担水平应与当地社会经济发展水平相匹配，既不要滞后于当地的社会经济发展水平，也不应超越其实际职工平均收入水平。应秉持共享发展、适度合理、尽力而为、量力而行的原则，在政策规定范围内设定合理区间。长期护理保险制度全国实施后应统一规定缴费比例的合理区间，同时应允许筹资水平过高或过低的试点地区在过渡期逐步规范到全国统一的筹资负担水平区间。对财政补助比例要制订统一的规定区间，既要考虑地方的财政收入状况，又要兼顾职工制度与居民制度之间的平衡以及对居民制度的适度倾斜；既要防范出现脱离经济发展水平的缴费负担“倒挂”现象，还要避免财政补助在经济发展先进与落后、职工制度与居民制度之间的“逆向再分配”。

（三）优化责任共担机制与筹资渠道

长远来看，完全依赖于医保基金或财政补助的长期护理保险筹资模式将难以成为一个独立的社会保险项目。建议强化单位和个人的缴费责任，规范其缴费来源，个人缴费部分应逐渐与医保统筹基金脱钩，逐步过渡至国家要求的单位和个

^① 习近平.促进我国社会保障事业高质量发展、可持续发展[J].求是,2022(8).

人同比例共担缴费责任。考虑到个人缴费可能降低参保意愿，在过渡期内可继续保留医保个人账户资金划转个人缴费的渠道。应区别对待长期护理保险职工制度和居民制度中的财政补助占比，规定和界定中央、省级、市级、县级财政的共担责任，可参照其他社会保险的补助方式，根据经济发展水平按比例拨付补助资金，对欠发达地区提高中央及省级财政补助比例，通过明确责任共担主体及比例避免责任转嫁。此外，继续拓宽社会融资渠道，加强医保、财政、民政等多部门协调，逐渐降低对医保基金的筹资路径依赖。

（四）推行按比例筹资，提升基金共济能力

长期护理保险是社会保险的重要组成部分，应逐渐提高其不同参保群体间的风险共担与互助共济的统筹能力。目前试点城市筹资方式以定额筹资为主，采取比例筹资的统筹单位为少数，应将收入水平锚定为长期护理保险缴费基数，实施按比例筹资。一方面，可实现不同群体之间的收入再分配，即高收入群体多缴费；另一方面，也能随着经济社会发展水平的提高而同步扩大筹资规模，以共同承担日益增长的护理成本。长期护理保险的互助共济不仅体现在城乡二元群体各自的内部，还应体现职工与居民两个制度之间的统筹共济，逐步探索打通职工和居民长期护理保险的资金池。在过渡期内应逐步缩小职工与居民间的待遇保障差距，提升农村居民待遇获取的可及性。随着比例筹资模式的普及、单位和个人缴费责任的明确、职工和居民保障待遇差距的缩小，职工与居民制度应逐渐向统一制度模式过渡。职工和居民两个基金池合并后，要加强运行监管，确保制度公平性。

（五）构建动态筹资调整机制，预防基金运行风险

构建动态筹资调整机制主要包括以下方面：一是国家或省级层面建立信息收集监测与精算支持系统，跟踪和掌握失能率、参保率、居民人均可支配收入增长率、人口老龄化等参数的变化，在此基础上建立风险预警系统和预测指标体系；二是各统筹单位应建立长期护理保险收入与支出预测精算模型，根据当地长期护理保险的制度参数、人口参数和经济社会等三大板块参数的变化发布多情景精算预测报告，以此作为长期护理保险统筹单位调整筹资水平和保障范围的参照，推动筹资政策调整从“行政决策”向“科学决策”转变，即通过技术赋能，提升科学决策水平。三是国家建立统一的长期护理保险基金风险预警制度。例如，可参照《人力资源社会保障部 财政部关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导

意见》（人社部发〔2009〕67号）对职工医保统筹基金风险预警指标的规定，即累计结余的支付月数超过15个月被视为“结余过多”，低于3个月为“结余不足”，以此作为自动启动收支调整的触发阈值。

Issues and Optimization Countermeasures of the Long-Term Care Insurance Financing System: Empirical Evidence from 10 Pilot Cities

Zheng Bingwen Liang Xinyue

Abstract: Based on in-depth research on the financing systems of long-term care insurance in 10 pilot cities and the induction and sorting of policy texts, this study conducts an in-depth analysis of the operation status of the financing systems in these 10 pilot cities while affirming their main achievements. The financing standards, financing structure, financing channels, and scope of protection of the long-term care insurance in pilot cities show serious fragmentation and imbalance. There is an excessive reliance on the unified medical insurance fund, and the individual financing responsibility and dynamic financing adjustment mechanism are basically absent. To reduce the cost of trial and error, the pilot program should be concluded as soon as possible, and a unified national top-level system design should be formulated to form unified normative documents, while leaving a certain independent adjustment range for local governments during the transition period. It is necessary to optimize the responsibility-sharing mechanism, implement proportional financing, and establish a dynamic overall adjustment mechanism.

Keywords: Long-term Care Insurance Pilot; Long-term Care Insurance Financing; Medical Insurance Fund Management; Social Insurance; Population Aging

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

Email: cisscass@cass.org.cn

联系人: 董玉齐