

长期照护保险资金筹措:现状、困境与对策思考

杨菊华^{1*} 杜声红²

1. 中国人民大学社会与人口学院老年研究所 北京 100872

2. 中华女子学院女性学系 北京 100101

【摘要】本文以资金筹集为切入点,从筹资方式、渠道和水平三个层面,对青岛等试点城市和北京市海淀区的相关文件进行梳理。结果发现,目前各地以不同的划拨标准,将符合条件的医保参与人员自动纳入长期照护保险范畴;虽然不少地方的老年人已开始受益,但存在代际不公平、民众参与感低、对医疗保险依赖过度等问题,尚未形成可在全国推广的经验。为此,必须合理选择筹资方式,确保稳定的资金来源;明确政府、单位与个人角色,合理分担照护责任;采取定额筹资和按比例筹资相结合的形式,科学厘定筹资水平,以保障长期照护保险基金的持续运营。

【关键词】长期照护保险;资金筹措;试点城市;地区比较分析

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.08.002

Analysis on the current status, challenges and countermeasures of fund-raising of long-term care insurance system

YANG Ju-hua¹, DU Sheng-hong²

1. Institute of Gerontology, School of Sociology and Population Studies, Renmin University of China, Beijing 100872, China

2. Department of Women, China Womens University, Beijing 100101, China

【Abstract】This paper sorted out and analyzed the documents of long-term care insurance of 14 pilot cities and Haidian District of Beijing from the three aspects of modes, channels and levels of financing respectively. Results of the study found that, with different allocation criteria, the qualified medical insurance participants from all of pilot cities automatically earmarked a portion of long-term care insurance. Although elderly people in Qingdao and other cities have begun to enjoy the benefits of it, this insurance has also encountered such problems as intergenerational inequality, low sense of public participation and over the case subjects only relying or having excessive dependence on medical care as the only source of funding. Hence, it is necessary to adopt more reasonable ways to raise funds to ensure stability, to clarify the role of the government, working units and individuals to share the responsibility for long-term care, and to adopt a combination of fixed and proportional financing to scientifically determine the level of fund raising of all stakeholders, all in order to ensure the sustainable operation of the long-term care insurance as the core.

【Key words】Long-term care insurance; Fund-raising; Pilot city; Regional comparisons

1 研究背景

人口老龄化进程往往呈现出老龄化、高龄化、空巢化、失能化、慢病化“五化”并发的特点。2015年

全国1%人口抽样调查数据显示,我国60周岁及以上人口达2.12亿人,占总人口的15.5%;65周岁及以上人口有1.38亿人,占总人口的10.1%,而其中生活不能自理的比例达3.6%。同时,中国人口老龄

* 基金项目:北京市社科基金基地重点项目“北京市老年人长期照料保险制度研究”(16JDSRA006);中国人民大学重大规划项目“健康老龄化视域下的中国老年人照护体系研究”(17XNLG08)

作者简介:杨菊华,女(1963年—),教授,博士生导师,主要研究方向为人口社会学、老年福利。E-mail:juhua_yang@ruc.edu.cn

化的进程并非孤立的人口现象,而是在少子化和大规模人口流动背景下发生的。家庭户规模由 1990 年的 3.96 人降至 2010 年的 3.09 人,人口的地域流动拉大了亲子之间的空间距离,老年人独居、空巢现象越发普遍;2010 年普查数据显示,全国约有 3 000 万户纯老年人家庭,老年家庭空巢比例接近 40%,家庭的外在型态“失态与稳态并存”,家庭内在结构重心流变,由尊老向重小转变。^[1]

“五化”并发的态势和家庭内外结构的变迁,既提升了需要长期照护的老年人口在总人口中的占比,也增加了其对长期照护资源的需求。如何满足这一重大且刚性的民生需求,成为家庭、政府和社会面临的共同挑战。

长远来看,老年人长期照护保险^①制度建设可在一定程度上缓解家庭的困境。许多发达国家建立了长期照护保险制度,也取得了一定的成效。近 10 年中,我国先后出台了《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》(2006 年)、《社会养老服务体系发展规划(2011—2015 年)》(2011 年)、《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》(2013 年)、《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划》(2017 年)、《“十三五”卫生与健康规划》(2017 年)等一系列政策文件,积极探索长期照护保险制度的建设。

2016 年 5 月 27 日,习近平总书记在中共中央政治局第三十二次集体学习时再次强调,“要建立和福利及救助相衔接的长期照护保障制度”。2016 年 6 月 27 日,人力资源和社会保障部办公厅发布《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》(以下简称《指导意见》),对长期照护保险的保障范围、参保范围、资金筹集、待遇支付、基金管理、服务管理、经办管理、配套措施、组织实施等方面做出详细规定和要求,旨在为长期失能人员提供资金支持和服务保障。目前,已有 14 个城市相继出台了正式文件,并启动试点工作。资金筹措作为长期照护保险的重中之重,是长期照护保险制度能否持续的基础,也是各地制度建设的重点内容。

因此,本文以资金筹措为切入点,采用文献研究和定性访谈法,对 14 个国家试点城市和北京市海淀区^②的相关文件进行系统梳理,对部分地区的具体

运作模式进行深度调研。其中,政策文件均来源于各试点地区政府网站的公开资料;定性访谈主要在北京、上海等地的 10 余家养老机构进行。通过访谈失能老人、医养结合机构的医护人员、机构负责人、相关部门的政府工作人员等,获得各地与筹资方式、筹资渠道和筹资水平相关的信息。通过对各地区相关政策文件以及访谈资料的深度分析,总结各地在资金筹措方面取得的经验、存在的问题、面临的挑战。在此基础上,提出未来国家建立科学、合理、可行和可持续的长期照护保险制度资金筹措机制的发展方向。

2 长期照护保险的分类及发展

长期照护保险指为因年老、疾病或伤残等原因导致部分身体功能丧失而生活无法自理,需要入住护理机构或在家中接受他人长期照顾的被保险人按约定提供护理费用或护理服务的保险^[2],是适应人口老龄化社会发展趋势的保险产品,是目前发达国家长期照护体系的主要资金筹措方式。虽然长期照护保险的覆盖对象包括低龄失能人员和无业者等弱势群体,但主要以老年人群为主。

按照资金筹措方式的不同,长期照护保险主要分为社会保险和商业保险两大类。^[3] 社会长期照护保险是国家或政府保障公民基本生活的带有社会福利性质的项目,具有强制性,以互助共济为主要原则;长期照护商业保险是一种金融产品,是以按保险合同约定的日常生活能力障碍引发的护理需要为给付保险金条件,为被保险人的护理支出提供保障的保险,采取自愿原则。^[4] 也有学者提出第三种模式,即长期护理津贴模式。津贴模式几乎完全依赖国家财政,必须具备强大的经济实力和稳固的税收基础,大多数 OECD 成员国属于这种模式。^[5] 此外,还有学者提出第四种和第五种模式,即社会医疗保险支付模式^[6] 和政策性长期护理保险模式^[7]。尽管种类繁多,但长期照护保险仍以社会保险和商业保险为主。^[8]

2.1 发达国家长期照护保险资金筹措模式

从 20 世纪 60 年代开始,发达国家着手进行长期

① 长期照护保险又称长期照料保险、长期护理保险、长期医疗护理保险等,名称不统一,但内涵类似,本研究沿用原文献中的用法。

② 海淀区虽然并非国家试点地区,但其长期照护保险制度与国家试点城市存在较大差异,有较强的参照性,因此也纳入分析。

照护保险制度的探索和设计,迄今积累了丰富的理论和实践经验。荷兰、以色列、德国、卢森堡、日本、韩国等国家陆续实行了长期照护的社会保险模式。虽然各国在具体运行模式上并不完全相同,但在制度建设上有一些共性。一是有法可依:在实施长期照护保险制度以前,各国均进行了长期且反复的分析、探索与研判,出台了相关的法律法规。二是三方筹资模式:虽然各国的缴费比例不同,但缴费来源大体上都包括国家财政补助、企业缴费和个人缴费三个主要途径,对于低收入人群,保费可全部或部分豁免。^[9]

美国是以商业性长期照护保险为主的国家,20世纪70年代开始推行长期照护商业保险,并先后出台《联邦健康保险流通与责任法案》(Federal Health

Insurance Portability and Accountability Act)、《社区生活援助服务和支持法案》(Community Living Assistance Services and Supports Act)等作为法律支撑,采取商业化的运作方式,但因医疗救助计划(Medicaid)的挤出效应和自身保费太过高昂,参保率并不高。研究发现,在现行的医疗救助计划制度下,至少2/3有需求的人不会选择购买长期照护保险。^[10]另据美国健康保险计划(The American's Health Insurance Plans)的调查,1990年和2010年分别有58%和56%的人因保费过高而放弃参加长期照护商业保险。^[11]

实际上,多数国家都并非只有一种护理保险类型,也不是采用单一的社会保险或纯粹的商业保险,而是采取以某一险种为主险,其余险种为补充的多样化模式(表1)。

表1 部分国家长期照护保险责任机构与筹资模式

国家	责任机构	筹资模式(建立年份)
荷兰	健康福利体育部,医疗保险局	社会保险(1968年,主体)、商业保险(1991年)
以色列	福利与社会事务部,卫生部,国家保险部	社会保险(1986年,主体)、商业保险(1989年)
德国	医疗保险局,护理保险部,私营保险公司	社会保险(1995年,主体)、商业保险(1985年)
卢森堡	疾病基金联合会,CNS	社会保险(1998年)
日本	市町村,东京23区的特别区	社会保险(2000年,主体)、商业保险(1985年)
韩国	国民健康保险公团,市、郡、区的基础自治团体	社会保险(2008年,主体)、商业保险(1982年)
美国	保险监督管理委员会,私营保险公司	商业保险(1975年)

2.2 中国长期照护保险模式的可能选择

虽然国情不同,但发达国家长期照护保险制度的理念和实践方式,对中国老年人长期照护保险制度的建设具有重要的参考价值。在完全由家庭提供长期照护的可能性大大降低的情况下,长期照护保险的重要性与可行性在中国也被提上议事日程。那么,中国是采用社会性的长期照护保险、商业性的长期照护保险亦或是二者结合的保险模式?国内学者细致分析了国外长期照护保险的制度设计及其对中国的借鉴,提出了三类不同的观点。

一是坚持发展商业性长期照护保险,主张利用市场保险机制来解决老龄化背景下的长期照料问题。^[12]由于中国人口基数大,步入老龄化社会后需要护理的老年人数量增多,以政府为主导的社会性长期照护保险难以为继,商业照护保险应成为我国老年照护保险的重要支撑力量,发挥更大的作用。^[13]目前,我国经济不够发达,社会养老保险和医疗保险尚不完善,还不具备将长期照护保险作为强制性社会

保险的条件。^[14]

二是坚持发展社会长期照护保险。有学者在分析了商业长期照护保险在中国的发展障碍因素后提出,解决老年长期照料问题,必须采取以社会长期照护保险、社区护理救助、家庭照护为主,以长期照护商业保险为补充的“3+1”模式。^[15]

三是采取分步走的方法。部分学者提出,建立中国特色的长期护理保险应分为三个步骤:先是采取商业长期照料保险模式,其次采取以国家、企业、个人共同参与的社会基本长期照料保险模式为主,商业长期照料保险为辅的模式;最后实行政府强制的全民长期照料保险模式。同时,可将政策性长期护理保险方式作为最佳或过渡性选择。^[7]

近年来,国内部分地区根据自身的人口与经济社会状况,已开始长期照护保险制度的探索,并已初见成效。2016年6月27日,人社部办公厅发布《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》(以下简

称《指导意见》),在 15 个地市^①进行试点,进一步推动了长期照护保险制度在国内的发展。同时,北京市海淀区虽非试点地区,但其长期照护保险制度独具特色。因此,本文将对已经出台相关政策的 14 个试点城市和海淀区的长期照护保险制度进行梳理和分析,总结各地在筹资方式、筹资渠道和筹资水平上的异同以及在实践过程中面临的问题,并在此基础上为国内长期照护保险制度的推广和完善提供参考。

3 各地长期照护保险制度资金筹措的现状分析

3.1 筹资方式

长期照护保险的筹资方式一般分为税收制和保险制两大类。其中,税收制指以税收的方式来筹集资金,强调国家责任,需要稳定的税收来源,前文中提到的长期照护津贴模式即采用税收制的筹资方式。保险制指以保费的方式筹集资金,按照是否具有强制性,可分为社会性长期照护保险和商业性长期照护保险。根据各地的实践情况来看,虽然多数地区都有政府财政补助,但 14 个试点城市基本属于社会性的长期照护保险,强调“权利与义务对等,互助共济”的原则,将符合条件的医疗保险参保人员自动纳入长期照护保险制度中;相反,海淀区实行自愿

参保原则^②,但因有政府的补贴式参与,故而并非纯粹的商业性长期照护保险,可视为政策性长期照护保险。

3.2 筹资渠道

从各试点城市已经出台的相关政策来看,各地虽然基本遵循《指导意见》的建议,采取个人缴纳、财政补助、医保统筹基金余额划转相结合的多元化筹资渠道,但主要筹资渠道仍有较大差异。

由表 2 可知,青岛、长春、广州和宁波主要是医保基金直接划转;安庆和齐齐哈尔是医保基金划转与个人缴费的形式;南通、承德、荆门、石河子和苏州采取的是医保基金划转、政府财政补助和个人缴费的形式;上饶、上海和成都的资金主要来源于医保基金划转、单位缴费和个人缴费;而海淀则包括个人缴费、政府补贴、照护服务机构缴纳三部分,与其他地区的主要不同在于新增了照护服务机构缴费,且依据参保人情况政府补贴包括民政、卫生计生、残联等多部门的补助金额。由此可见,无论是 14 个试点城市还是海淀区,均与国外的筹资模式类似,主要由政府、用人单位和个人负担,但在试点阶段,部分地区的用人单位和个人缴费直接从医保基金划转或暂不缴纳。

表 2 各地区长期照护保险筹资渠道

地区	主要筹资渠道	地区	主要筹资渠道
青岛市	医保基金划转	安庆市	医保基金划转 + 个人缴费
长春市	医保基金划转	成都市	财政补助 + 单位缴费 + 个人缴费
南通市	医保基金划转 + 财政补助 + 个人缴费	石河子市	医保基金划转 + 财政补助 + 个人缴费
承德市	医保基金划转 + 财政补助 + 个人缴费	苏州市	医保基金划转 + 财政补助 + 个人缴费
上饶市	医保基金划转 + 单位缴费 + 个人缴费	齐齐哈尔	医保基金划转 + 个人缴费
荆门市	医保基金划转 + 财政补助 + 个人缴费	广州市	医保基金划转
上海市	财政补助 + 单位缴费 + 个人缴费	宁波市	医保基金划转
海淀区	财政补助 + 个人缴费 + 服务机构缴纳		

3.3 筹资水平

筹资标准往往根据当地的经济社会发展水平、老年人的护理需求、护理服务的成本以及长期护理保险的保障范围和水平等因素综合确定。在《指导意见》的基础上,南通、承德、荆门等试点城市根据当

地上年度人均可支配收入或职工工资水平确定保费比例,一般在 0.2% ~ 0.4% 之间;其中,南通为上年度城镇居民人均可支配收入的 0.3%,承德为上年度工资总额的 0.4%,荆门为上年度居民人均可支配收入的 0.4%。青岛、长春、上海、成都等试点城市以医

① 河北省承德市、吉林省长春市、黑龙江省齐齐哈尔市、上海市(徐汇区、普陀区、金山区为试点区)、江苏省南通市和苏州市、浙江省宁波市、安徽省安庆市、江西省上饶市、山东省青岛市、湖北省荆门市、广东省广州市、重庆市、四川省成都市、新疆生产建设兵团石河子市。

② 海淀区的参保对象可以分为两类,一类以自愿参与原则进行参保;另一类则以享受生活困难补助人员、具有残疾证的残疾人、计划生育家庭成员为主,由政府进行直接补助。

保基金缴费情况为基数,确定缴费比例,且可能因职工和居民身份的不同而有差异:如青岛职工长期护理保险资金的个人缴费是按照医保基金个人账户月计入基数总额的0.5%进行每月划转,居民长期护理保险资金是按照不超过当年居民社会医疗保险费筹资总额的10%进行划转。

因经济社会发展水平、人口年龄结构等因素的差异,不同地区医保统筹基金划转、财政补助、用人单位缴费、个人缴费等承担的比例也不相同(表3)。

如在试点阶段,南通将筹资标准暂定为每人每年100元:其中,个人缴纳30元,医保统筹基金划拨30元,财政补助40元。上饶的标准同样是每人每年100元:医保统筹基金划转30元,但个人缴纳40元,单位缴纳30元。相比而言,安庆的筹资标准较低,仅为每人每年30元:其中,医保统筹基金划转20元,个人缴费10元。海淀区的筹资标准则较高,每人每年为1140元。人均筹资水平最高(海淀)和最低(安庆)的地区相差近40倍。

表3 各地区长期照护保险筹资水平

地区	筹资水平
青岛市	职工长期护理保险资金:不超过基本医疗保险历年结余的20%一次性划转,个人账户月计入基数总额的0.5%每月划转 居民长期护理保险资金:不超过当年居民社会医疗保险费筹资总额的10%
长春市	城镇职工医疗照护保险资金:(1)参加统账结合医疗保险的,以当月职工医保缴费基数为标准,个人账户0.2%,统筹基金0.3%;(2)参加住院统筹医疗保险的,统筹基金0.5%;城镇居民医疗照护保险资金:统筹基金每人每年30元 财政补助:从城镇基本医保统筹基金历年可用结余中一次性划拨10%
南通市	上年度城镇居民人均可支配收入的0.3%;每人每年100元:个人缴纳30元,医保统筹基金筹集30元,政府补助40元
承德市	上年度工资总额的0.4%;个人负担0.15%,财政补助0.05%,城镇职工基本医保基金0.2%
上饶市	每人每年100元:个人缴纳40元,医保统筹基金划转30元,单位缴纳30元
荆门市	上年度居民人均可支配收入的0.4%;个人承担37.5%,医保统筹基金划拨25%,财政补助37.5%
上海市	第一类人员(参加本市职工基本医疗保险的人员):用人单位缴纳本单位职工医保缴费基数之和的1%,在职工个人缴纳其本人职工医保费基数的0.1%,退休人员个人不缴费 第二类人员(参加本市城乡居民基本医疗保险的60周岁及以上的人员):略低于第一类人员标准,个人缴费15%左右,市、区财政按照1:1比例分担其余部分
安庆市	每人每年30元:医保统筹基金20元,个人缴费10元
成都市	单位缴费:城镇职工基本医疗保险缴费基数0.2% 个人缴费:40岁(含)以下未退休人员0.1%,40岁以上未退休人员0.2%,退休人员0.3% 财政补助:退休人员缴费基数0.1%;城镇职工基本医保基金一次性安排5000万元
石河子市	个人缴费:参加职工医保的,每人每月15元;参加居民医保的(18周岁及以上的居民参保人,大中专在校学生除外)每人每年24元 财政补助:上年度60岁以上老年人数和重度残疾人数为基数,每人每年40元;从福彩公益金每年划拨50万元
苏州市	财政补助:每人每年50元 职工基本医疗保险基金划转:每人每年70元 城乡居民基本医疗保险基金划转:每人每年35元
齐齐哈尔	每人每年60元:个人缴纳30元,医保统筹基金30元
广州市	每人每年130元,由职工社会医疗保险基金划入长期护理保险基金
宁波市	市区职工基本医疗保险统筹基金累计结余中一次性安排2000万元资金作为长期护理保险试点启动资金,逐步探索建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制 ^①
海淀区	2016年筹集标准为每人每年1140元,政府按不同年龄段缴费额度20%的比例予以补贴,城镇户籍人口实际缴费略高于农村户籍人口;约定准入的照护服务机构养老服务互助基金按被服务人数每人每年240元缴纳

4 长期照护保险资金筹措的效果及相关建议

4.1 长期照护保险效应

自2016年6月27日人社部出台《指导意见》至

今,已有14个试点城市出台了正式文件,开始推进长期照护保险的实施。从图1可以发现,青岛、长春、南通等地实际上早在《指导意见》出台以前已开始试点长期照护保险工作,并取得了一定成效。

^① 在目前宁波市出台的政策文件中,并未明确说明个人或单位的缴费标准。

青岛自 2012 年实施长期医疗护理保险制度以来,已有 4 万多名参保人员享受了相应待遇^[16],具备医疗护理资质的定点机构由最初的 100 多家发展至 500 多家,其中民营机构约占 90%。^[17]承德、上饶等地由于出台政策时间较短,其效果虽未完全显现,但成都市从 7 月 1 日正式启动至 9 月中旬,已有 5 452 人申请失能评定,其中 3 208 人已经接受评估,根据规定接受评估和审核的失能人员从次月起便可以享受长期照护保险待遇。通过对海淀的调查访谈可知,截至 2017 年 3 月,已有 1 000 余人(未包含计划生育家庭、低保家庭等特殊群体)参与了居家养老失能护理互助保险,其中,40 岁以下的参保人约

占 20%。

此外,通过对上海市医养结合试点单位的访谈发现,长期照护保险在一定程度上改善了老年人对长期照护服务的利用率,实现了老年患者在医疗机构、养老机构、社区和家庭之间的有效分流,减少过度医疗和“压床”现象。调研中了解到,通过采取“定额包干,超支不补”的办法,对符合条件的护理项目进行补贴,既可做到“应保尽保”,又可减少老年人的医保基金支出;另外,将相关护理费用纳入长期护理保险基金的支付范围,既满足了老年人的护理需求,同时也减轻了老年人及其家庭的医养负担,受到机构和家庭的欢迎。

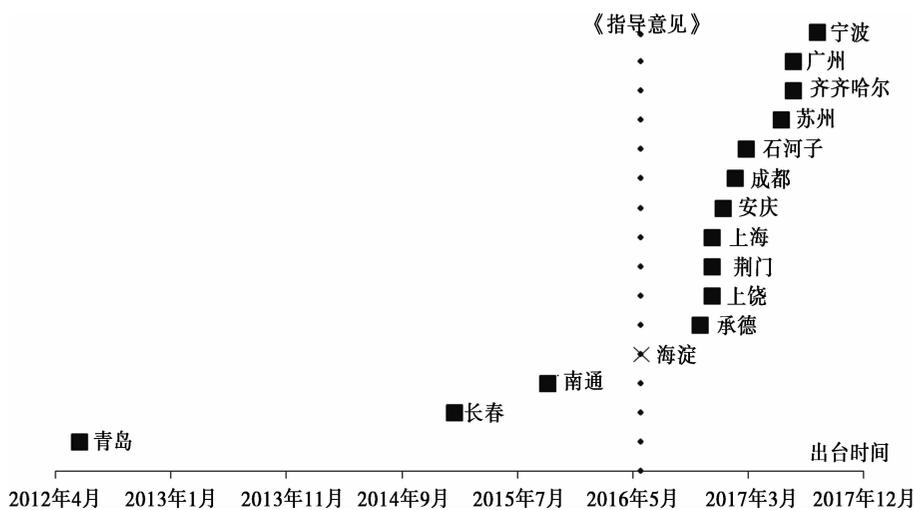


图1 各地区长期照护保险相关政策出台时间

与此同时,我国长期照护保险制度的建立与完善还面临一些挑战。虽然上述 15 个地区根据自身发展状况因地制宜进行试点推广,但由于各地区在区位条件、经济发展水平、人口结构、养老服务体系建设等方面存在明显差异,在筹资方式、筹资渠道和筹资水平上尚未形成可推广到全国的方案。但通过总结其在试点过程中取得的经验,可以为建立和完善我国长期照护保险制度的资金筹措机制提供借鉴与参考。

4.2 长期照护保险资金筹措的困境及对策思考

一是合理选择筹资方式,保障稳定资金来源。从各试点城市的做法来看,基本是将符合条件的医疗保险参与人员自动纳入长期照护保险,虽然保障了基金的覆盖面,可以迅速推进,但也有其弊端:一是造成代际的不公平,尤其是在少子化和老龄化背景下,青年一代的经济压力和照料压力无疑更大;二是从医疗保险自动划入长期照护保险,民众参与感

低,甚至参保人都不知道长期照护保险已经实施^[18];三是社会性的长期照护保险依赖医疗保险,缺乏资金的独立性,而自愿参保又难以保障稳定的保费来源,且具有较强的收入筛选机制,不利于推广,更难以满足普通民众的照护需求。将长期照护保险纳入社会保障体系,使之成为独立的社会保险险种已成为各国的共识,也是长期照护保险未来的发展趋势。因此,可以以社会性长期照护保险为基础,发挥商业保险等其他类型长期照护保险的补充作用,并统筹协调与其他险种的关系,建立多层次的长期照护保险体系。

二是明确政府、单位与个人责任,确保合理分担。理论上讲,虽然无法预知个体失能的风险和失能的程度,但从群体层面,这种风险是明确存在的,个人、家庭、政府和社会都必须做好预案,采取应对措施。其中,政府的主要职责在于将有照护需求的失能老人纳入救助范围。根据政府财力,先将最困

难的失能老人优先纳入保险体系,然后逐次覆盖到其他老年人群。目前,各试点城市均以职工为长期照护保险的主要参保对象,必然需要职工本人及其单位缴纳保险费(虽然在试点阶段,多数地区规定个人和用人单位暂免缴费),但用人单位的社会保险费负担已经较重,减税降费的呼声较高。因此,必须合理规划好政府、单位以及个人的责任分担比例^[19],建立一个基于自助与互助相结合的多主体参与的长期照护保险体系,由社会共担老年人失能风险,从而减轻失能老人家庭的经济负担。

三是科学厘定筹资水平,保证基金永续运营。从上述分析可以看出,各地筹资标准分为定额筹资、按比例筹资以及二者相结合的混合筹资三种。定额筹资和按比例筹资都均易受到社会变迁、制度变革、人口结构变动的冲击。当前,我国正面临人口老龄化、生育政策调整、经济转轨等多重因素的影响,人口老龄化和少子化的加剧造成当期缴费人口与享受保险待遇人口的比例发生变动,对长期照护保险的财务稳定性带来双重冲击。^[20]而按比例筹资还会受到经济波动的影响,需要随经济变动适时调整;定额筹资则不易受到经济波动等因素的影响,基金来源相对稳定。因此,在长期照护保险制度推进过程中,可以采取定额筹资和按比例筹资相结合的形式,在实施初期设置较低的筹资标准,提升民众的接受意愿;进而基于人口、经济、社会的发展状况,适时调整筹资水平。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 杨菊华. 生育政策与中国家庭的变迁[J]. 开放时代, 2017(3): 12-26.
[2] 荆涛. 长期护理保险理论与实践研究:聚焦老龄人口长期照料问题[M]. 北京:对外经济贸易大学出版社, 2015.
[3] 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, 2(7): 32-38.
[4] 邬沧萍. 老龄社会与和谐社会[M]. 北京:中国人口出版社, 2012.

[5] 张奇林,韩瑞峰. 长期护理保险:化解社会老龄化危机的重要路径[J]. 河北学刊, 2016(4): 172-177.
[6] 戴卫东. OECD 国家长期护理保险制度研究[M]. 北京:中国社会科学出版社, 2015.
[7] 荆涛,杨舒,谢桃方. 政策性长期护理保险定价研究——以北京市为例[J]. 保险研究, 2016(9): 74-88.
[8] 张慧芳,雷咸胜. 我国探索长期护理保险的地方实践、经验总结和问题研究[J]. 当代经济管理, 2016(9): 91-97.
[9] 郝君富,李心愉. 德国长期护理保险:制度设计、经济影响与启示[J]. 人口学刊, 2014, 36(2): 104-112.
[10] Brown J R, Finkelstein A. The Interaction of Public and Private Insurance: Medicaid and the Long-Term Care Insurance Market[J]. American Economic Review, 2008, 98(3): 1083-1102.
[11] 李慧欣. 美国商业长期护理保险的发展及其启示[J]. 金融理论与实践, 2014(4): 88-92.
[12] 任远,马连敏. 老龄社会的市场对策:长期护理保险与社会福利体系[M]. 北京:中国社会科学出版社, 2005.
[13] 陈红. 北京发展商业长期护理保险的必要性及途径[J]. 人口与经济, 2012(6): 82-87.
[14] 边洁英. 关于开展农村长期护理保险的若干问题探讨[J]. 商业时代, 2011(8): 64-65.
[15] 戴卫东. 中国长期护理保险制度构建研究[M]. 北京:人民出版社, 2012.
[16] 姜日进,李芳. 中国建立长期护理保险制度的发展思路——以青岛市长期护理保险制度为例[J]. 社会福利, 2016(3): 44-46.
[17] 安平,陈宁,熊波. 中国长期护理保险:制度实践、经验启示与发展走向——基于青岛和南通模式的比较分析[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(8): 1-6.
[18] 邓晶,邓文燕. 长期护理保险第一批试点城市保险筹资方案比较分析[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(8): 13-17.
[19] 何文炯. 长期照护保障制度建设若干问题[J]. 中共浙江省委党校学报, 2017(3): 5-11.
[20] 张俊良,杨成洲. 长期照护保险财务制度的国际经验与借鉴[J]. 社会保障研究, 2017(4): 90-100.

[收稿日期:2017-10-08 修回日期:2018-04-18]

(编辑 赵晓娟)