

北京市长期护理保险实施情况调查

——基于北京市扩大试点的分析

文 / 许东黎 周欣

建立长期护理保险制度是党中央、国务院为积极应对人口老龄化、健全社会保障体系作出的重要部署。党的二十大报告明确提出建立长期护理保险制度。北京市长期护理保险制度试点已经取得实质性进展。本文基于北京市纳入国家长期护理保险扩大试点后的最新实施情况进行分析，为下一步正式实施提供参考建议。

关键词：长期护理保险；试点；筹资；待遇给付

一、北京市长期护理保险建立现状

（一）北京市长期护理保险建立面临人口、家庭、经济因素多方面挑战

我国的人口老龄化情况较为严峻，而北京市的人口老龄化程度高于全国水平。2021年北京市60岁及以上常住人口占比20.18%，65岁及以上常住人口占比14.24%。若只算户籍人口，60岁及以上户籍人口388.3万人，占户籍总人口的27.5%；65岁及以上户籍人口279.2万人，占户籍总人口的19.8%。《北京市老龄事业和养老服务发展报告（2016年—2017年）》计算2016年底北京市有16.49万失能老人。北京市民政局等部门发布的《北京市养老服务专项规划（2021年—2035年）》指出“关于老年人失能率，本规划采用近几次全市老年人状况抽样调查结果，即4.78%”。按此推算2021年户籍失能老人为18.6万人。随着预期寿命逐年提高自然带来的失能比重提高，未来形势将更为严峻。

高龄少子化、家庭小型化及护理费用高增加了照护需求的实现难度。2000年北京平均每个家庭户的成员为2.91人，2010年降至2.45人，2020年降至2.31人。老年人慢性病的高发病率，护理费用的刚性增长，使长期失能者难以负担。但若因此改由医保定点机构提供护理，则会占用医疗资源，形成“社会化住院”，导致医保基金的不合理支出。加上医疗市场信息不对称和部分医疗供方的过度服务最终必然走向费用失控，因此建立长护保险制度势在必行。

（二）北京市探索建立长期护理保险制度的历程

北京市构建的政策性社会保险制度为主体，互助保险、商业保险为辅助的体系，分为两个阶段：2016—2020年的先行省级试点阶段、2020年被纳入国家扩大试点后的国家试点阶段。

1. 海淀区市级试点阶段

2016年2月，北京市选取海淀区为长护保险试点，6月出台《海淀区居家养老失能护理互助保险试点办法》，标志着试点工作正式启动。随后出台了实施细则，采取商业保险公司经办长期护理保险的模式，以户为单位自愿参保。与其他相比，其更注重发挥市场和商业保险公司的作用，由商业保险公司参与经办业务和间接服务并在一定程度自负盈亏，政府进行宏观指导和监管。2021年以来还探索将普惠健康宝与失能护理互助保险对接、将失能护理互助保险与长期护理保险衔接等模式。截至2021年底，海淀区保费规模约为3300万元。其中，区财政资金投入约3140万元，共计6409人次；个人缴费资金约160万元，共计374人次；有16人申请享受保险服务，基金支付金额约21.1万元。



许东黎（1982—），女，壮族，广西，讲师，博士在读，单位：北京劳动与社会保障职业学院（北京，100220）。研究方向：劳动经济、社会保障管理。

周欣（1988—），女，汉族，陕西，讲师，博士，单位：北京劳动与社会保障职业学院（北京，100220）。研究方向：社会保障管理、劳动关系。

2. 石景山区市级试点阶段

2018年北京在石景山区探索长护保险的新试点，发布了《石景山区长期护理保险制度试点方案（试行）》及试点方案，引入2家商业保险机构承担具体经办职责，发挥商保机构专业优势，提高经办管理服务能力，形成了养老护理机构集中照护、专业机构上门护理、居家护理三种照护方式。其中，80%的失能老人选择在自己家里接受亲属照料与专业机构上门服务相结合的方式。2018年启动试点以来至今，石景山区已有3600余人享受该待遇，

3. 北京市纳入国家级扩大试点阶段

在先期试点的基础上，2020年北京市被国家医保局选中纳入长护保险第二批国家试点城市名单，在国家指导意见下继续实行新的实践探索，颁布了《北京市长期护理保险制度扩大试点方案》《长期护理保险制度扩大试点工作推进方案》，提出包含参保覆盖、筹资机制、保障内容、失能和护理需求评估、待遇支付等内容建设方案。2021年发布《关于做好老年人养老服务补贴与长期护理保险试点衔接工作的通知》，提出做好石景山区长期护理保险试点和失能老年人护理补贴、困境家庭服务对象入住养老机构补助的衔接工作。2022年制定了《北京市长期护理保险制度扩大试点实施意见（征求意见稿）》并于10月完成意见建议征集反馈，即将出台实施方案。

（三）北京市长期护理保险试点成绩

1. 制度法定性和共济性增强

建立起以政府为主导的社会保障制度。从海淀区居民自愿参保政府配套补贴，转变为对两类人群分别设计：第一类是职工必须参保，城镇职工筹资由单位和个人共同分担；第二类是城乡居民自愿参保，筹资由财政和个人共同分担。

2. 筹资的独立性有所提高

避免了很多第一批国家试点全部依靠医保基金的做法，职工参保除了医保统筹基金划转外，增加个人账户划转；城乡居民参保除了个人缴费，还注入财政专项补贴。财政补贴主要针对收入较低的城乡（无业）居民，就业职工和灵活就业人员则由单位与个人一起分担缴费。

3. 筹资的覆盖面有所扩大

相比于海淀试点，如今参保扩大到了职工和单位；相对于石景山前期试点，北京市扩大到了本市户籍的灵活就业人员以及退休职工，更多人群被纳入制度的保障中。

三、北京市长期护理保险扩大试点的问题分析

（一）制度覆盖面窄，部分人群难以参保

长护保险常被视为医疗保险制度的派生及延伸，因此各国建立长护保险制度往往借鉴医保的筹资方式。我国试点指导意见也提出“单位起步阶段可从缴纳的职工基本医疗保险费中划出，不增加单位负担；个人缴费基数为本人工资收入，

可由其职工基本医疗保险个人账户代扣代缴”。好处是快速覆盖，但是筹资范围和待遇享受范围均只能限定在基本医疗保险的参保人（北京市不含学生儿童）之内。由于制度限制非本地户籍的灵活就业群体和无业者以个人身份在京参加各项社保，他们参加不了医保就意味着失去了长护保险的参保资格，尤其日益增多的网约车、外卖骑手、快递配送员、网络主播等平台经济的新业态从业者大多为外地户籍。北京市2021年末常住人口为2188.6万人，当年四季度末医保参保人数为1886.9万人，两者相减为301.7万人，即未参加医保人数占总人口的13.8%。

（二）居民参保意愿低，人数少，健康者存在逆向选择

参保意愿低的表现有，一是城镇职工通过医保个人账户代扣代缴，其中部分退休人员因自身不享受待遇要求退费；二是城乡居民自主缴费的参保意愿低。在石景山区已参保缴费的5689名居民中，除5457名属于医保免缴人员由财政全额资助参保外，自愿缴费仅有232人，其中90%共208人为重度失能人员，可见逆向选择现象严重。长护保险试点仅一年，多区医保局接到的3万个电话中，87%都是交费问题，仅实施首日就有106人表示不愿意交90元自付保费。

第一个原因是无业居民相对于城镇职工来说普遍收入更低。2021年北京市全口径城镇单位就业人员平均工资为127535元/年，而居民人均可支配收入仅为75002元/年，相当于前者的58.8%，城乡居民医保中劳动年龄内无业居民和无保障老年人收入则更低。2022年北京市每月失业补助金为880元或1408元、最低生活保障金为1320元、城乡居民养老保险为887元、福利养老金为805元，充分说明这一点。

第二，新险种对居民的吸引力不大。相比于养老保险每个居民只要缴满15年、达到60岁后每人都能领取，以及医保缴费每年都在使用，长护保险待遇覆盖面太窄，只有到达一定年龄且失能的老年人（占老年人4.78%）在评估为重度失能6个月后才能使用。

第三是已有社会保险种支出较多。城乡居民养老保险个人缴费为1000元/年至9000元/年之间，城乡居民医保2023年标准为老年人370元/年，劳动年龄内无业居民为665元/年，两险每年需支付1370元或1665元以上。若家中有多人参保三项险种，则筹资压力倍增，不想增加几乎用不着的长护保险就成为健康者的自然想法。

（三）筹资渠道单一，筹资结构有缺陷

目前城镇职工参加长护保险的单位和个人缴费分别来源于医保统筹基金和个人账户基金，分散风险能力弱；城乡居民参保虽有财政补助，但个人和财政各按上一年度全市居民人均可支配收入（2021年为75002元）的0.1%缴费计算，则财政和居民各自负担很低（按2021年算为75元），此外再无其他筹资来源。相比原来方案中双方各自负担90元的标

准，其筹资比例低，加上缴费意愿低、参保人数少，导致筹资总额低。此外，扩大试点实施方案中没有明确城镇职工和城乡居民是否整合在一个制度中，而北京市城乡居民即使全部参保也只相当于城镇职工的25%左右。

从国际经验看，长期护理总费用最大的承担者应是政府财政或长护保险基金，参保者个人自付的比重较低德国长期护理保险基金承担2/3的缴费，个人自付1/3左右(Rothgang, 2010)。日本长期护理保险由政府负担和社会保险费负担90%的费用(双方各45%)，个人自付低至10%。北京用人单位和职工个人各占50%、政府和居民个人各占50%。养老保险单位和职工各占2/3和1/3，医保(生育)各占5/6和1/6。可见，无论是与国外相比还是与国内其他险种相比，北京长护保险扩大试点的筹资结构都不太合理。

(四) 待遇享受范围过窄

不少城市长护保险试点面向中度失能、重度失能两个群体，而北京市扩大试点方案只针对重度失能群体，与其他针对失能老年人的制度对比，享受人数也少得多。民政部门失能老年人护理补贴领取人数大大高于长护保险待遇享受人数就是鲜明的体现。根据政府官网数据，2021年12月，石景山区长护保险为符合护理条件的3228名重度失能人员提供服务，而同期领取民政部失能老人护理补贴的人数则为9592人；类似的，2022年11月领取长护保险享受人数为3600余人，而领取失能老年人护理补贴为的人数9483人，分别相当于领取失能护理补贴人数的34%、38%。此外石景山试点仍有六类人群因不能覆盖而无法享受：在本区居住但不在本区参保的人员、在本区参保但是居住在本市行政区域外人员(河北迁安地区除外)、重度失智人员、享受工伤护理待遇人员、征地超转人员、公费医疗人员。前两类人员可以随制度在全市推开后自然解决，后四类人员在全市推进政策中仍需要市级财政、民政、残联等部门协力实现衔接整合。

(五) 待遇水平较低

将长期护理保险的待遇水平与本市工伤人员生活护理费的待遇水平对比，发现长护保险向照护人员每月支付护理服务补贴为1000余元；向定点服务机构支付每月上门服务仅12小时的费用。工伤保险的护理费水平要高得多：生活完全不能自理的护理费调整到5541元以上；生活大部分不能自理的护理费调整到4432.8元以上；生活部分不能自理的护理费调整到3324.6元以上。“以收定支，收支平衡”的定位，限制了待遇水平只能在使用失能服务中获取一定额度的补贴，只能覆盖一部分费用。扩大试点实施意见提到会逐渐扩大受益对象范围，但没有明确的时间表。

(六) 失能评估标准不统一，护理需求认定和护理服务标准不统一

除了长护保险外，民政部门护理老年人补贴的资格审核

环节、人社部门工伤保险制度的伤残等级鉴定环节，从“生活不能自理程度”“护理依赖等级”的角度评估失能等级(护理需求)，与长护保险的失能评估应有重叠，但这三者的评估标准并不统一。民政部老龄失能补贴与长护保险保障对象范围一致，上文提到经民政局评估石景山区有资格获得老龄失能补贴的重度失能老人有9000余名，但是评估后满足长护保险待遇领取资格的仅3600人，这两种评估结果差距如此之大，与评估标准不统一相关。此外，存在失能等级评估界限不清晰等问题，受护理服务能力不足的影响，评级之后护理计划制订、服务分配方式的设计也会存在问题。由多家商业保险公司经办的失能评估系统也存在这一问题。

四、对策建议

第一，实行多元型筹资，在个人缴费、用人单位缴费、医保基金划转以及财政补贴等资金来源之间进行选择 and 组合，并且整合其他针对老年人的支出项目的绩效评估，加大对财政失能救助和保险财政投入结构的优化，在保证总体运行下确定长期护理保险基金的筹资渠道，优化筹资结构。

第二，扩大制度覆盖面，探索灵活就业外地户籍人口尤其是新业态者的参保缴费机制，扩大筹资来源。

第三，稳定个人缴费尤其是城乡居民缴费，增强对其财政补助的力度。

第四，做好统筹衔接，结合先行试点和扩大试点经验，对外地户籍灵活就业、残疾人、征地超转等人员抓紧纳入，并对困难群体和低收入老人进行缴费减免。

第五，提升待遇水平，根据需要考虑待遇水平，并扩大待遇支付人群和项目。

第六，统一失能评估标准，配套建立多层次多元化的护理服务体系，实现政府、单位、家庭和个人合理分担长期护理责任，培养高效专业的护理队伍。

参考文献：

- [1] 李亚青. 人口老龄化是否决定了医疗卫生支出增长?——理论争鸣和中国启示张宗海. [J]. 电子科技大学学报(社科版), 2017(02):21.
- [2] SPILLMAN B C, LUBITZ J. The effect of longevity on Spending for Acute and long-term Care[J]. New England Journal of Medicine, 2000, 342(19): 1409-1415.
- [3] MCGRAIL K, GREEN B, BARER M L, et al. Age, costs of acute and long-term care and proximity to death: evidence for 1987-88 and 1994-95 in British Columbia[J]. Age and Ageing, 2000, 29(03): 249-253.
- [4] 尹海燕. 可持续的公共长期护理保险筹资机制: 国外经验与中国方案 [J]. 宏观经济研究, 2020(05):21.